

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

PAR

M^{me} IMIANITOFF, née OURISON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU RÔLE DES ÉMOTIONS

DANS LA

GENÈSE DES PSYCHOSES

Président : M. CHAUFFARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

M^{me} IMIANITOFF, née OURISON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU RÔLE DES ÉMOTIONS

DANS LA

GENÈSE DES PSYCHOSES

Président : M. CHAUFFARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1917



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	AUGUSTE BROCA
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	N.
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	N.
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants	N.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEJERINE
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	N.
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNÉ
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

*Respectueux hommage pour le
grand honneur qu'il nous
fait en acceptant la prési-
dence de notre thèse.*

A MES MAITRES

ET EN PARTICULIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL BRIAND

Médecin-chef du Service d'admission

*Qui m'a suggéré l'idée de
cette thèse.*

Mon excellent maître, le médecin-chef du Bureau d'admission des aliénés des Asiles de la Seine, M. le Dr Marcel Briand, médecin principal dans l'armée, chef du Service central de Psychiatrie du Val-de-Grâce, qui a dirigé mes études en psychiatrie depuis 1913, m'a suggéré le sujet de cette thèse.

Etant donné le peu de changement apporté par la guerre dans le mouvement de la population des aliénées admises dans les Asiles de la Seine, depuis l'ouverture des hostilités, nous avons recherché l'influence des bouleversements sociaux, dans le développement des psychoses durables.

Nous avons limité nos observations à l'étude des psychoses confirmées chez des femmes entrées depuis le début de la guerre dans le Service d'Admission, où nous avons passé quatre années d'internat.

Malgré notre affectation à la division des femmes, il nous était facile de puiser dans celle des hommes, les éléments de notre travail. Si nous n'avons utilisé que des observations recueillies chez les femmes, c'est uniquement parce que la mobilisation ayant abaissé, dans d'appréciables proportions, surtout au début de la guerre, le chiffre de la population masculine du département de la Seine, lequel alimente exclusivement le Service de l'admission, aucune déduction utile ne pouvait être tirée de la comparaison des

entrées du temps de paix, avec celles de ces trois dernières années.

Je ne saurais trop remercier M. le Dr Marcel Briand, de sa bienveillance, des encouragements et de l'intérêt qu'il n'a cessé de me manifester.

Grâce à l'obligeance de M. Lvoff, mon premier maître en psychiatrie, de M. Dagonet, chez qui je fis ma deuxième année d'internat, de M. E. Dupré, agrégé professeur et de MM. les Drs H. Bonnet, Legrain et Toulouse, j'ai pu consulter les dossiers des malades, transférées de l'Admission dans leurs Services, et compléter quelques-unes de mes observations.

Qu'il me soit permis de leur exprimer ici toute ma reconnaissance.

INTRODUCTION

« Chaque fois qu'on pourra établir et peser toutes
« les circonstances, on verra qu'il n'y a pas d'acci-
« dents dans la folie, dit Maudsley (1). Les germes
« de la folie sont souvent latents dans la base de
« notre caractère et la manifestation finale est
« l'explosion d'une longue série de préparations
« antérieures. »

Les causes de la folie peuvent remonter à l'enfance, avoir même leurs racines dans les ascendants. Comment attribuer une influence exclusive aux circonstances extérieures qui, pour si pénibles, si impressionnables qu'elles soient, ne frappent que quelques-uns et laissent indemnes les autres ?

Chacun de nous est esclave tout d'abord de son organisation physique et morale. Si une cause venant de l'extérieur trouble la santé morale, il faut supposer une coopération de quelque défaillance des éléments nerveux, héréditaire et acquise. Car si le système nerveux était parfaitement sain, il s'adapterait aux variations des conditions externes et celles-

1. Maudsley, *Pathologie de l'esprit*, chap. 14, p. 89.

ci, si défavorables qu'elles eussent été, n'auraient pas été suffisantes pour amener la maladie.

« L'aliénation mentale n'est pas un de ces accidents de la vie qui puisse être la conséquence d'un fait facilement saisissable, dit Renaudin (1) ; elle dépend autant des prédispositions antérieures acquises que de la cause occasionnelle apparente. »

L'efficacité des causes est étroitement liée au terrain constitutionnel. Les maladies mentales, plus que toutes autres, attendent pour se produire des occasions propices. Lorsque ces occasions sont représentées par des circonstances extérieures, il ne faut pas se hâter d'attribuer trop d'importance à ces dernières. L'homme doit s'adapter aux choses extérieures, si son organisation physique et morale est intacte. Il répond alors à toutes les circonstances qui viennent le frapper, par une réaction utile, et se maintient en équilibre.

Si, au contraire, l'individu fléchit, au point de présenter des troubles mentaux relativement graves, il faut faire intervenir dans le déterminisme pathogénique des accidents, d'autres éléments étiologiques représentés : par la prédisposition personnelle, constitutionnelle ou acquise, ou par la réceptivité psycho-physiologique spéciale au moment de l'action du facteur moral.

1. Renaudin, *Ann. Méd. psych.*, n° 56, p. 493. Observ. sur les recherches statistiques relatives à l'aliénation mentale.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU RÔLE DES ÉMOTIONS DANS LA
GENÈSE DES PSYCHOSES

ROLE DE L'ÉMOTION

DANS LA GENÈSE DES PSYCHOSES

Parmi les anciens auteurs qui ont étudié les causes de l'aliénation mentale, les uns sont franchement partisans de la prédominance des causes morales dans la production de la folie. Sous causes morales, ils entendent tous, des émotions pénibles, dépressives, de durée plus ou moins longue, d'apparition plus ou moins brusque. Quelques-uns, parmi ces auteurs, attachent une importance très secondaire au rôle des causes physiques qui sont rares, disent-ils, pour ainsi dire, négligeables.

« Les causes nommées physiques sont peu dignes
« de notre attention, dit Guislain (1). Nous rencon-
« trons l'ivrognerie, les maladies fébriles, l'apo-
« plexie, la gale mal guérie, la chaleur, la lactation
« prolongée, l'âge de retour, la suppression des

1. Guislain, *Sur les phrénopathies*, p. 9.

« menstrues, etc... Mais, eu égard aux faibles proportions dans lesquelles ces maladies se présentent, il est facile de voir qu'elles ne peuvent entrer en ligne de compte à côté des causes morales ».

Cependant, Guislain est moins exclusif que Georget, puisqu'il écrit dans son *Aliénation mentale* : « Je ne veux point dire avec Georget, que l'aliénation mentale ne vient qu'à la suite des causes morales ; mais la foule des agents qu'on appelle physiques, sont plus rares et enveloppés d'une grande obscurité dans leur manière d'agir. »

Georget (1) attribue, pour ainsi dire, uniquement aux souffrances morales la genèse de la folie : « Les observations que j'ai été à même de recueillir, celles plus nombreuses encore que j'ai été à même de consulter, m'ont convaincu que sur cent aliénés, quatre-vingt quinze, au moins, le sont devenus à la suite d'affections, de commotions morales ; c'est presque une vérité devenue populaire dans la maison, qu'on ne perd la tête que par les révolutions d'esprit »... « Si les auteurs n'ont pas admis les causes morales dans cette proportion, c'est qu'ils ont, comme je l'ai déjà dit, accordé trop d'importance à celles qu'ils ont appelées physiques. Quelques-unes de celles-ci ne doivent être considérées que comme des prédispositions rarement capables de troubler l'esprit par elles-mêmes, telles sont l'hérédité, les suites de couches, l'âge critique. »

1. Georget, *Causes de la folie*, p. 60.

Ainsi Georget néglige les facteurs, que nous considérons comme de première importance, le terrain héréditaire, l'organisation physique constitutionnelle ou acquise, l'influence des infections et des auto et hétéro-intoxications. Et plus encore, il insiste sur l'action directe, immédiate des passions sur le cerveau : « Les effets produits sur plusieurs autres « organes ne sont que sympathiques et causés par la réaction cérébrale ».

Ellis (1) fait un essai d'analyse psycho anatomo-physiologique en étudiant l'action du moral sur le cerveau : « Lorsqu'un cerveau a été tendu sur un « sujet, il est jeté dans un tel état d'excitement, que « ses opérations ne sont plus sous le contrôle de la « volonté. La première phase de la folie commence « alors : le sang se porte en très grande abondance « à la tête ; l'irritation et l'insomnie en sont les « séquences immédiates ; et si un traitement convenable n'est pas administré, l'inflammation en est « le résultat. Quand l'action malade ne peut être « arrêtée, elle produit une lésion organique, cet état « chronique de folie qui s'accompagne de congestion « des vaisseaux », etc...

Ellis fait donc un grand pas en avant en essayant de trouver un substratum organique et de déterminer le mécanisme physiologique qui servira de fond à l'aliénation mentale. D'abord excitabilité du système nerveux et inhibition de la volonté, aggravation des

1. Ellis, *Traité de l'aliénation mentale*, traduit de l'anglais par Archambault, p. 88.

symptômes d'irritation par l'insomnie et, enfin, modifications inflammatoires et organiques. Les causes morales ont une action moins directe et surtout plus lointaine, une médication active est même en mesure de combattre les troubles préparatoires et de faire avorter la folie.

Broussais (1), dans son curieux *Traité de l'irritation*, développe certaines considérations intéressantes à rappeler : « Les causes morales ont de
« l'action, mais on est forcé d'admettre une prédis-
« position chez les individus auxquels toutes ces
« causes occasionnent la folie. Cette prédisposition
« ne peut tenir qu'à l'excessive irritabilité de l'encé-
« phale, ou bien à son développement vicieux. En
« effet, trop irritable, l'encéphale conserve trop
« longtemps les stimulations qu'il a reçues et passe
« à l'état d'irritation permanente. Peu développé et
« trop faible, il ne peut résister aux impulsions vio-
« lentes des passions, aux érections vitales excé-
« sives qui accompagnent les grands efforts d'atten-
« tion et de mémoire. »

Si nous traduisons ces paroles en langage moderne, nous dirions aujourd'hui que l'irritabilité constitutionnelle de l'encéphale de Broussais, se manifestant par son impressionnabilité excessive et trop prolongée vis-à-vis des émotions, aboutit à la conception de « l'émotivité constitutionnelle ». Cerveau peu développé et trop faible, n'est-ce pas le fond mental de débilité congénitale ? Le rôle des émotions est déjà

1. Broussais, *Traité de l'irritation*, page 340.

singulièrement restreint dans l'œuvre de Broussais, leur action étant subordonnée à l'état antérieur de l'organe qu'elles impressionnent.

Déjà, pour Pinel aussi bien que Georget, « c'est un axiome presque populaire qu'on ne perd la tête que par des révolutions d'esprit » (1) et il en voit la preuve dans ce fait que chaque fois qu'on demande à un aliéné en état de répondre s'il avait éprouvé du chagrin, il répond par l'affirmative. Ceci est incontestable : l'opinion est si commune qu'on devient fou par le chagrin ou la peur, que, très rarement, le médecin manquera d'obtenir ce renseignement lorsqu'il s'adresse aux commémoratifs, que la chose soit exacte ou de pure convention. Il arrive que les parents oublient, et même négligent volontiers, l'indication des facteurs dont l'importance n'est pas niable, tels que l'hérédité du malade en question, ses accès antérieurs même, pour ne pas diminuer dans l'esprit du médecin la valeur d'un fait, plus ou moins futile, plus ou moins éloigné. Mais ce n'est pas parce qu'une interprétation est donnée pour qu'elle soit acquise à la vérité.

Les statistiques furent établies pour relever l'importance de chacune des causes attribuées à l'apparition de la folie.

Esquirol (2) a fait des relevés à la Salpêtrière et dans son établissement privé : il conclut que les causes morales sont beaucoup plus fréquentes que

1. Pinel, *Pathologie cérébrale*, page 454.

2. Esquirol, *Maladies mentales*.

les causes physiques. Ces données sont-elles exactes ? L'auteur dit, lui-même, que l'hérédité est la cause prédisposante, la plus ordinaire, de la folie et, cependant, cette cause paraît faible dans ses relevés de la Salpêtrière : « Il n'est pas aisé, dit-il, de recueillir « des renseignements exacts sur des femmes qui « ignorent souvent jusqu'au nom de leurs parents. » C'est précisément parce qu'il n'est pas aisé d'obtenir certains renseignements importants, alors que les explications fournies, souvent de bonne foi, attribuent un accès délirant à un chagrin d'amour ou tout autre émotion banale, que les statistiques des causes doivent être considérées comme très suspects.

En 1843, une discussion s'est élevée entre Parchappe et Moreau de Joués sur ce point, à l'Académie de Médecine pour Moreau de Joués (1), les causes physiques ont une prédominance considérable ; pour Parchappe, c'est l'inverse qui est d'une vérité incontestable : Ce sont les causes morales qui déterminent l'éclosion de la folie dans la plupart des cas. Et, cependant, l'un et l'autre étayaient leurs opinions sur une statistique relevée dans de grands services.

Baillarger (2) partage les idées de Parchappe : « La folie est produite, le plus souvent, par le développement des passions. » Mais n'oublions pas que Baillarger ne s'en tient pas à cette formule, puisqu'il

1. *Ann. médico-psychologiques*, 1843, p. 358.

2. Baillarger, *Recherches sur les maladies mentales*.

a été un des premiers, selon l'expression imagée de M. Briand (1), à faire subir « l'épreuve anatomique à la psychologie. »

Morel (2), tout en admettant l'importance des causes morales, pense que, pour amener un résultat ultime, il faut toujours un ensemble de causes, d'ordre moral et d'ordre physique. Dans ses études cliniques, il ne maintient pas la division des causes de l'aliénation mentale, en exclusivement physiques et exclusivement morales car, dit-il, « les conditions de dualité humaine se relient d'une façon si intime, que la matière et l'esprit, une fois réunis pour constituer le corps et l'âme, ne doivent plus être compris que comme une unité. »

N'insistons pas sur cette énumération d'auteurs anciens et de leurs opinions qui ne varient guère et qui se répètent. Rien qui nous indique le mécanisme de l'action de ces causes morales, si ce n'est qu'elles agissent directement, avec violence et continuité sur le cerveau, et que tout organe qui est fortement ou longtemps en action, est sujet à se déranger. On ne comprend pas trop pourquoi le cerveau jouit du triste privilège de se déranger chez quelques-uns, puisque le genre des émotions que les auteurs citent comme capables de donner des troubles n'ont rien de spécifique et qu'elles sont générales à l'humanité. Il est vrai qu'Esquirol, Falret, Morel et d'autres

1. M. Briand, Discours prononcé au jubilé de Magnan (15 mars 1908, p. 34).

2. Morel, *Maladies mentales*.

insistent sur le rôle des causes prédisposantes, telles que l'hérédité, et considèrent les émotions et les chagrins comme des causes occasionnelles. Néanmoins, dans leurs relevés statistiques, ils ne les séparent pas suffisamment les unes des autres et rangent, comme des facteurs de même importance, l'ivrognerie, l'épilepsie, l'ambition, la prostitution, la politique, les revers de fortune, etc..., au lieu de rechercher, pour chaque cas en particulier, les antécédents du malade, de manière à reconstituer son histoire complète, afin d'apprécier l'ensemble des circonstances qui ont préparé l'éclosion de la maladie et préciser le mécanisme par lequel ces circonstances se sont associées dans l'explosion de la folie.

Nous devons reconnaître que ces recherches ne sont pas des plus simples, aussi Falret (1), envisage-t-il la difficulté qu'il y a à déterminer l'action des causes dans la production des troubles mentaux, « pour que la période de prédisposition soit remplacée par la période d'incubation ».

A quel moment, dit-il, et sous quelle influence « s'opère cette transformation ? C'est ce qu'il est le plus souvent impossible de déterminer à travers les comptes rendus vagues et incomplets des parents et des malades, et ce qui ne peut l'être d'ailleurs avec précision puisque cette métamorphose s'opère le plus souvent d'une manière insensible, et que le concours fréquent de plusieurs causes vient singu-

1. J.-P. Falret (père), *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, p. 64.

« lièrement compliquer la solution de la question.
« Comment mesurer rigoureusement l'intervalle qui
« sépare la première atteinte d'une cause morbide,
« du moment où la maladie est manifeste ? Quelle
« difficulté lorsque la cause est ignorée, ou qu'il y a
« action simultanée de plusieurs causes. Souvent,
« d'ailleurs l'effet est pris pour la cause et la période
« d'incubation est méconnue. »

Si l'on considère, d'une part, l'extrême fréquence des influences morales néfastes lesquelles sont invoquées comme productrices de la folie et, de l'autre, si l'on reconnaît combien il est rare de voir ces influences suffire pour produire l'explosion de la maladie, on est obligé d'admettre qu'il existe certaines circonstances préparant, de longue main, le développement des psychoses et que, dans les cas où les causes occasionnelles, parfois légères, ont pu faire éclater le mal, c'est parce qu'elles ont rencontré une sensibilité toute particulière, c'est-à-dire une prédisposition.

Pour Griesinger (1), c'est « la constitution tantôt
« congénitale, tantôt acquise, que nous ne pouvons
« pas reconnaître anatomiquement, mais que la phy-
« siologie nous permet de bien apprécier, qui pré-
« dispose essentiellement aux maladies mentales.
« C'est la constitution nerveuse, c'est cet état du sys-
« tème nerveux central que l'on pourrait définir une
« disproportion entre la réaction et l'irritation. Du

1. Griesinger, *Traité des maladies mentales*, p. 189.

« côté du système nerveux de la sensibilité, on remar-
« que les hyperesthésies les plus diverses, une grande
« sensibilité aux impressions de la température, une
« foule de sensations sympathiques et une grande
« disposition à la douleur. Pour ce qui est des actes
« nerveux de la motilité, l'individu n'a pas de forces,
« il se fatigue facilement, il a une tendance à faire
« des mouvements brusques. Les facultés mentales
« présentent un état analogue à celui de la sensibi-
« lité et de la motilité ; chez ces individus, la sensi-
« bilité morale est très vive ; ils ont une grande ten-
« dance à la douleur morale, tout les émeut, les
« afflige et les chagrine ; le sentiment de soi-même,
« les déterminations sont extrêmement mobiles ;
« d'un autre côté, la volonté est faible, inconsé-
« quente, les efforts manquent d'énergie, les désirs
« sont précipités, changeants, l'intelligence, aussi,
« présente souvent le même état. »

L'homme n'est pas coulé dans un moule unique, sa sensibilité émotive est variable. C'est cette variation même de sensibilité qui détermine la différence de résistance psychique des individus vis-à-vis des circonstances extérieures. Une émotion, pour brusque qu'elle soit, et du caractère de celles qu'on rencontre dans les circonstances habituelles de la vie, ne déterminera qu'une réaction normale chez celui qui en ressent les effets. Pour peu que la secousse émotionnelle soit forte, l'ébranlement qui en résultera peut devenir excessif, mais c'est la valeur du terrain constitutionnel, c'est la qualité de la récepti-

tivité psychophysiologique ou, pour parler comme Régis, c'est « la diathèse individuelle » qui décidera que, chez les uns, il se produira une inhibition des perturbations nuisibles, mais éphémères alors que, chez d'autres, les troubles continuant à s'exagérer, amèneront, plus tard, un épuisement extrême et prolongé.

Le rôle de l'émotion a été mis à l'ordre du jour d'une réunion de la Société neurologique de 1909. Si quelques auteurs, Janet, Déjerine, Raymond, sont d'avis que les émotions font éclore les psychoses et attribuent aux événements extérieurs un rôle considérable, la plupart des psychiatres sont d'accord pour attribuer un rôle secondaire à l'émotion, de subordonner et lier l'action de celle-ci au terrain psychophysiologique, de quelque nom qu'on le désigne (déséquilibre, dégénérescence, constitution morbide, émotivité psychique).

M. Janet (1) croit que, chez l'individu normal, « l'émotion disparaît rapidement et, même, elle ne « se produirait que rarement. Plus l'individu a une « volonté d'adaptation faible, quelle que soit la « cause qui ait déterminé cet affaiblissement, plus il « se trouve fréquemment en présence de circonstances difficiles pour lui. Il finit par se contrarier « de tout. »

Pour cet auteur, « ce qui rend l'émotion intermi-

1. Janet, *Revue neurologique*, 1909, p. 1553.

nable, et grave, c'est la faiblesse de la volonté ». Il ne nie pas l'existence d'individus sensibles qui réagissent vivement à certaines impressions. Mais il attache surtout de l'importance à de l'impuissance de la volonté qui fait que certains sont incapables de s'adapter aux circonstances qui les encerclent, plus ou moins subitement, plus ou moins péniblement. En d'autres termes, ce qui détermine l'accident, ce sont les troubles du caractère.

Quoi qu'il en soit de ces subtilités psychologiques, émotivité pathologique ou faiblesse de la volonté, le rôle de l'émotion est subordonné au terrain constitutionnel.

M. Claude (1) considère l'émotion comme un agent occasionnel dont l'action est de second ordre relativement à l'état constitutionnel, à « du nervosisme », dont on trouve les traces dans l'enfance et qui se traduit par une anomalie des réactions nerveuses, par l'intensité de ces réactions, hors de proportion avec la cause de l'excitation, leur durée exceptionnelle. La seule cause des émotions n'est pas suffisante pour créer des états névropathiques, dit-il. « Un fond de débilité constitutionnelle, de dégénérescence physique et psychique, héréditaire, paraît être à la base de ces états. »

De même si M. E. Dupré (2) est d'avis que le rôle pathogène de l'émotion est très important dans

1. Claude, *Problèmes neurologiques*, *idem*, p. 1563.

2. E. Dupré, *Problèmes psychiatriques*, p. 1659.

la production des troubles psychiques, il subordonne cependant son influence au terrain ébranlé par le choc émotif. L'auteur détermine le terrain de constitution psychopathique émotive, qui est à la base de manifestations nerveuses et psychiques dues à l'émotion, et qui se révèle par un certain nombre de signes objectifs. « La constitution émotive semble caractérisée, non seulement par l'éréthisme diffus de sensibilité, mais encore par l'insuffisance de l'inhibition motrice, réflexe et volontaire. Elle s'associe souvent à une intelligence normale et parfois supérieure, et n'arrive à troubler la lucidité de la conscience que dans ses manifestations violentes et ses paroxysmes aigus. »

« L'émotion, cause occasionnelle d'origine exogène et de nature épisodique, met en jeu l'émotivité, cause prédisposante, d'origine endogène, et de nature permanente. » Une émotion massive, ou très prolongée, joue un rôle intéressant dans la genèse des psychoses confusionnelles, mais, dit l'auteur, « surtout lorsqu'elle se double d'autres facteurs étiologiques : surmenage, traumatisme, maladie), ou qu'elle frappe un sujet en état de réceptivité psychopathique (puberté, menstruation, grossesse, puerpéralité, ménopause, etc...) »

Le professeur Régis (1) explique la pathogénie de la tare constitutionnelle de l'humeur par une sorte de diathèse individuelle. « La constitution émotive,

1. Régis, *Revue de Neurologie*, 1909, page 1664.

dit-il, est due à un trouble de la nutrition diathésique, une intoxication ou une infection héréditaire », et il émet l'hypothèse que les manifestations morbides déterminent l'éclosion des accès mélancoliques ou cyclothymiques traduisent « des saturations toxiques de l'organisme ».

Dans le même ordre d'idées, on ne peut passer sous silence l'opinion, très nettement exprimée par M. Haskovec, de Prague, lorsqu'il écrit : « L'émotion ne peut produire de lésions morbides que dans le cas où elle a été suivie d'une lésion matérielle ».

En résumé, le rôle des émotions, « des causes morales », est prédominant pour les premiers auteurs qui se sont occupés de maladies mentales : elles sont suffisantes à elles seules, pour provoquer la folie. Pour eux, « on ne devient fou que par une révolution d'esprit », et ils entendent par « révolution d'esprit », les émotions pénibles (Georget, Guislain, Pinel, Esquirol). Quelques-uns, cependant, (Cullen (1), Broussais, Ellis) dans leur interprétation du mécanisme de l'action des secousses morales, s'efforcent de trouver un substratum anatomique : c'est l'irritation du cerveau (Broussais (2), ou des lésions vasculaires (Ellis (3). c'est le spasme, l'éréthisme et le raccourcissement des nerfs (Pomme (4). D'au-

1. Cullen, *Eléments de Médecine pratique*.

2. Broussais, *De l'irritation*.

3. Ellis, *Traité de l'aliénation mentale*, traduit par Archambault.

4. Pomme, *Traité des vapeurs dans les deux sexes*.

tres, comme Morel, s'appuyant sur l'intimité qui relie l'âme et l'esprit, n'admettent plus la distinction des causes en physiques et en morales. Enfin, se dégage, de plus en plus, la notion de la prédisposition individuelle qu'on commence à entrevoir comme nécessaire (Maudsleuy, Griesinger).

L'opinion que le terrain constitutionnel amplifie exagère et prolonge les effets de l'émotion sur les centres nerveux, effets qui se traduisent par l'intermédiaire de troubles viscéraux (circulatoires, respiratoires, vaso-moteurs, sécrétoires et autres), est tout à fait moderne ; elle a été, avons-nous dit, longuement discutée dans la réunion de la Société neurologique (1).

Aujourd'hui il apparaît, de plus en plus, que le rôle occasionnel des causes morales ne peut plus être admis que s'il intervient sur un terrain spécial d'émotivité constitutionnelle : MM. Dupré, Sollier, Claude (2) et d'autres auteurs modernes, tels que notre maître, M. Marcel Briand ; qu'elles ne peuvent plus être déterminées que dans certaines formes cliniques, telles que les psychoses confusionnelles ; être à la base des phobies, obsessions, impulsions, perversions instinctives, mais que, dans un grand nombre des formes d'aliénation mentale, leur effet est minime, quand il est démontré.

1. *Revue neurologique*, 1909.

2. Voir Dupré, *Problème psychiatrique* (*Revue neurologique*, 1909, p. 1568 et suivantes).

ROLE DES BOULEVERSEMENTS PUBLICS

DANS LA GENÈSE DES PSYCHOSES

Quelle est l'influence des cataclysmes sociaux dans la genèse des psychoses ? Y a-t-il vraiment, comme le soutient une opinion publique et l'admettent encore quelques médecins, une relation de cause à effet entre les bouleversements sociaux et l'apparition de la folie ? Y a-t-il, comme on tend à l'admettre, augmentation réelle du nombre d'aliénés pendant les époques troublées ? Si cette relation de causalité n'existe pas et si on a pu constater un accroissement du nombre des malades atteints de troubles psychiques, l'augmentation est-elle relative ou absolue et, alors, n'est-il pas plus conforme à la réalité de croire que les circonstances si couramment mises en cause, n'ont fait que révéler des maladies préexistantes ?

L'opinion contre laquelle nous nous élevons, s'explique par cette circonstance que, parfois, un choc réel a précédé, de peu, l'éclosion d'un trouble psychique, alors qu'il n'est qu'un effet de la maladie et non de la cause.

Lorsque l'accident est une catastrophe sociale,

l'imagination et la sensibilité en sont frappées et, de là, la conclusion précipitée que le nombre d'aliénés doit nécessairement augmenter et que beaucoup d'entre eux doivent leur maladie aux circonstances. Les faits, s'ils sont bien observés, ne semblent cependant pas confirmer cette opinion. « Les révolutions
« et les émeutes ne frappent que l'intelligence des
« individus prédisposés, dit Legrand de Saulle, et ne
« font que précipiter l'échéance et une infortune qui
« devait entrer dans les choses prévues » (1).

Les tourmentes politiques qui agitent la société amènent, on ne peut le nier, dans sa constitution intime, une transformation plus ou moins brusque, froissant immédiatement les intérêts et les passions des uns, en même temps qu'ils sont une délivrance pour d'autres ; habitudes, affections, bien-être matériel, sont souvent emportés par l'orage ; la personnalité souffre dans tout ce qu'elle a de plus intime. L'humanité vit souvent des heures tragiques ; il semble donc que si les causes morales ont vraiment le rôle important qui leur a été et leur est encore attribué, les époques bouleversées par les catastrophes sociales devraient enregistrer, dans les temps troublés, un accroissement du nombre des aliénés.

Des statistiques et des mémoires ont été publiés par de nombreux auteurs qui, se trouvant à la tête de Services hospitaliers importants, étaient à même

1. Legrand de Saulle, *De l'état mental des habitants de Paris pendant les événements de 1870-71*.

d'observer les conséquences des désastres publics. Si Belhomme (1), Brière de Boismont (2), inclinent vers l'opinion que les perturbations naissant des révolutions, sont une des causes morales qui influent le plus sur le développement de l'aliénation mentale, ils reconnaissent cependant, empressons-nous de le faire ressortir, que la folie frappe surtout les individus prédisposés « qui sont sur la pente de cette terrible maladie » (Belhomme) (3) et que, parmi ces malades « il en est un certain nombre qui présentaient des désordres de l'esprit, depuis un temps plus ou moins long » (Brière de Boismont (4).

La constatation de la prédisposition antérieure, fréquente chez les aliénés victimes de catastrophes publiques, faite par des auteurs qui ont attribué le rôle le plus important aux causes morales, avait frappé certains auteurs de la seconde moitié du siècle dernier : « Que M. Belhomme ait déclaré avoir « observé quelques cas de folie en 1848, à la suite « des émotions politiques, dit Legrand de Saulle (5), « je le sais, et je le concède, mais ses malades appartiennent à la grande classe des prédisposés. »

En remontant plus haut, rappelons qu'Esquirol (6)

1. Belhomme, *Influence des événements publics sur l'aliénation mentale* (Mémoire lu à l'Académie de Médecine, le 2 mai 1878).

2. Brière de Boismont, *Folies épidémiques* (Union médicale, 13 janvier 1849).

3. Belhomme, ouvrage cité.

4. Brière de Boismont, ouvrage cité.

5. Legrand de Saulle, ouvrage cité.

6. Esquirol, *Maladies mentales*.

admettait déjà que « l'augmentation des aliénés pendant les révolutions est plus apparente que réelle, car les opinions politiques sont comme des idées dominantes, non des causes prédisposantes, mais des causes excitantes et leur influence n'est que passagère. »

Esquirol, il faut le reconnaître, a un peu flotté sur ce point : « Les causes morales, écrit-il, telles que la crainte, la frayeur, les revers de fortune, l'ambition produisent, le plus fréquemment, la folie ».

Mais crainte, frayeur, revers de fortune et autres peines morales analogues, ne sont que plus fréquentes pendant les époques tourmentées : pourquoi ne produiraient-elles pas l'augmentation du nombre de malades ? Esquirol dit d'ailleurs, lui-même, que « les « commotions politiques, en imprimant plus d'activité à toutes les facultés intellectuelles, en exaltant « les passions tristes et haineuses, en fomentant « l'ambition, la vengeance, en bouleversant la fortune publique et celle des particuliers, en déplaçant tous les hommes, enfantent un grand nombre « de folies. »

Si ce ne sont pas les « idées dominantes » qui ne font que donner au délire une couleur de circonstance, et dont l'importance ne peut s'exercer, d'après cet auteur, parce qu'elles sont trop passagères, ce sont les émotions pénibles, multipliées par les circonstances extérieures, dont il admet l'action prédominante, qui doivent favoriser l'accroissement des malades.

Morel (1) fait déjà la distinction nette entre les différents facteurs dont on pourrait discuter l'action dans la détermination des troubles psychiques. A l'asile de Maréville, qui renfermait un millier d'aliénés et où il était médecin, de 1848 à 1856, il n'a rencontré, dit-il, que 3 cas où l'exagération des idées politiques aurait pu être enregistrée comme cause d'aliénation, « si ces individus n'avaient pas déjà l'intelligence troublée depuis longtemps, en sorte que les événements politiques n'ont plus agi que dans le sens de causes efficientes ». Le même auteur a, par contre, observé chez un plus grand nombre d'individus de l'un et l'autre sexe, l'influence fatale opérée par les perturbations, les craintes de l'avenir.

Et, cependant, les statistiques établies par Marcé (2) qui résument l'état de la population des asiles de France, de 1847 à 1854, n'indiquent pas d'augmentation sensible, ce qui est d'accord avec les idées de cet auteur qui a écrit que « les moments de la révolution n'exaltent et ne conduisent à la folie que des individus déjà prédisposés et qui, probablement, seraient devenus aliénés à propos de toute autre cause. »

La même constatation négative fut faite par des observateurs d'une autre époque fortement troublée : nous voulons parler des années 1870-1871 qui ont

1. Morel, *Ann. méd. psychol.*, 1850, p. 70 (Rapport médical sur l'Asile de Maréville).

2. Marcé, *Traité des maladies mentales*, p. 101.

fourni à Lunier (1) les éléments d'un rapport circonstancié sur tous les asiles de France, pendant cette période. Cet auteur constate une diminution du nombre des entrées dans les asiles ; mais, comme cette constatation ne cadre pas avec l'opinion contraire qu'il s'était faite, il explique les conclusions, à son avis paradoxales, auxquelles il aboutirait, par une explication tirée de la perturbation apportée dans le fonctionnement des services par les événements de guerre. « En vérité, dit-il, malgré tout, on « doit attribuer aux tristes événements de 1870-1871, « l'explosion de 1.700 à 1.800 cas de folie en France « qui s'y rattachent plus ou moins directement, par « suite des émotions qui sont, en temps ordinaire, « cause des troubles psychiques et qui ont été plus « nombreuses et plus nettement accentuées pendant « cette période de temps ».

Une semblable opinion attribuant aux émotions de la guerre un nombre assez considérable des aliénés chez lesquels il aurait même trouvé moins souvent des antécédents héréditaires chargés (27 0/0 au lieu de 63 0/0 en temps habituel), sont en contradiction avec des constatations faites par d'autres auteurs, Magnan et Bouchereau (2), Legrand de Saulle (3), Bourdin (4), etc.

1. Lunier, *Influence des événements politiques de 1870-1871 sur le mouvement de l'aliénation mentale en France.*

2. Magnan et Bouchereau (*Ann. méd. psych.*, 1872, p. 432.) Statistique des malades entrés en 1870-1871 au Bureau d'Admission des aliénés de la Seine.

3. Legrand du Saulle, *Ouvrage cité.*

4. Bourdin, *De l'influence des événements politiques sur la production de la folie*, 1873, p. 16.

La lecture du *Mémoire* de Magnan à la suite de la guerre de 1870-1871, montre que le champ d'observations de ce maître a porté sur un nombre considérable de malades : en effet, le Bureau d'Admission des Asiles de la Seine n'a pas cessé de fonctionner pendant toute la période si pénible de la guerre et de la Commune. Notons, en passant, qu'il en est de même pour la guerre actuelle, ce qui nous a permis d'y relever les éléments de notre travail.

« Les faits, dit Magnan, ne semblent pas confirmer
« l'opinion si généralement acceptée dans le monde,
« que les époques d'agitation sociale accroissent con-
« sidérablement les entrées d'aliénés dans les asiles ». Mais, il ne s'en tient pas à une affirmation : sa statistique la confirme pleinement ; les tableaux concernant les entrées des malades pour le département de la Seine à partir de l'année 1847 jusqu'à l'année 1871, montrent une progression, assez irrégulière, d'ailleurs. Pour l'année 1870-1871, il y a un abaissement considérable. Quelles sont les causes qui ont présidé au développement de la folie pendant cette longue période si agitée ? « Ce sont les excès alcoo-
« liques, les privations de tout genre, la misère la
« plus profonde, le froid, de longues nuits passées
« sans sommeil ; des préoccupations morales de
« nature dépressive, se faisaient sentir sur tous les
« esprits en même temps. » Donc causes physiques d'abord, intoxication et dénutrition consécutive aux privations et à la fatigue ; en second lieu, les préoccupations morales, toutes de nature dépressive.

Aussi Magnan constate-t-il un accroissement dans les cas de mélancolie en 1871, comparativement à 1870, très faible pour les hommes et assez élevé pour les femmes.

Combien nous sommes loin de l'opinion si accréditée de l'augmentation considérable des cas de folie par suite des commotions politiques !

Pour Legrand de Saulle (1), « l'orage ne frappe que des têtes recommandées ».

Foville (2) reconnaît que l'influence des catastrophes politiques a été exagérée.

Bourdin (3) n'accorde aux révolutions qu'un rôle secondaire et très effacé dans la production de la folie : « Si les émotions profondes, écrit-il, si les « grands événements qui troublent les organisations « humaines, étaient de véritables causes possédant la « faculté créatrice, personne n'échapperait à leur « influence, puisque ces causes sont universelles et « qu'elles frappent tous les hommes ; or, il n'en est « rien. Les bouleversements politiques ne frappent « que les prédisposés ; ils ne créent aucune nouvelle « forme de délire. Si le nombre des mélancoliques « pantophobiques a augmenté, cela tient à ce que les « événements extérieurs étaient capables de pro- « duire la terreur ». Le délire a pris une empreinte « particulière en rapport avec la nature de la cause.

1. Legrand de Saulle, Ouvrage cité.

2. Foville, *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*, année 1872, p. 217.

3. Bourdin, *De l'influence des événements politiques sur la folie*, 1873.

A peu près à la même époque (1872), en Allemagne, le Dr Joly (1) a publié, dans les *Archives für Psychiatrie*, un article intitulé : *Klinische Mitteilungen über einige in Folge des Feldzuge entstandene Psychose* (Communication clinique de quelques psychoses consécutives à la guerre), où il développe cette opinion que les émotions de la guerre sont insuffisantes pour provoquer l'aliénation mentale et qu'il faut un ensemble de causes. La plupart de ses malades étaient des prédisposés, les uns ayant déjà présenté des troubles mentaux, les autres avaient des antécédents héréditaires chargés.

En 1905, les psychiatres russes, après la première révolution russe et, en 1912, après la guerre russo-japonaise, ont étudié le même sujet.

En 1905-1906, les observateurs n'arrivent pas aux mêmes conclusions sur le rôle des émotions dans la genèse des psychoses : Les uns, comme Serbski (2) prétendent que « beaucoup de cas de psychoses qui « s'observaient en Russie en 1905 et les années suivantes, sont consécutifs d'une façon étroite et immédiate, à des émotions morales violentes ». Les autres, comme Pavlovskaja (3), Rybakoff (4), Hermann (5), tout en admettant l'influence des émotions violentes dans la production des psychoses, font cependant ressortir que la plupart des malades qu'ils

1. Joly, *Archiv für Psychiatrie*, 1872.

2. Serbski.

3. Pavlovskaja, *Obozrienie Psichiatrii*, année 1907.

4. Rybakoff, *Rousski Wratch*, année 1907, p. 16.

5. Hermann, *Encéphale* 1907, V. II, p. 670.

ont observés étaient des déséquilibrés ou des héréditaires dégénérés.

Par contre, le Dr Bernstein (1) qui est à la tête de l'Infirmierie centrale des aliénés de Moscou, n'a constaté ni augmentation de la morbidité mentale parmi les habitants de Moscou, ni de cas particuliers de psychoses se distinguant par leur forme clinique de ceux que l'on observe habituellement : aussi, pour lui, le rôle des émotions dans la production de la folie est-il nul.

Parmi les psychoses qui se sont développées à la suite de la guerre russo-japonaise, le Dr Cygelstreich (2), dans l'analyse qu'il en a faite dans *les Annales médico-psychologiques* en 1912, a cru pouvoir distinguer deux formes nouvelles : Une psychose neurasthénique et une psychose aiguë de guerre. Nous ne sommes pas bien fixés sur ce que cet auteur entend par psychose neurasthénique et nous ignorons pourquoi il lui attribue des facteurs étiologiques exclusivement physiques, par opposition à une psychose aiguë (psychose confusionnelle) ? qui serait déterminée uniquement par les émotions ?

Wladyczko (3) qui a pu observer 39 cas de psychoses aiguës dans la garnison de 52.000 hommes, enfermés pendant le siège dans la forteresse de Port-Arthur, dit avoir constaté chez ses malades, des

1. Bernstein, *Sowremennaja Psychiatria*, avril 1907.

2. Cygelstreich, *Annales méd. psychol.* 1914 ; février, mars.

3. Wladyczko, *Troubles mentaux pendant le siège de Port-Arthur* (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1907.

manifestations de dégénérescence physique et psychique, et avoir toujours découvert, ou bien une hérédité neuro-psychique chargée, ou bien de l'alcoolisme, ou bien ces deux facteurs étiologiques réunis.

Nous nous croyons donc autorisé à résumer les constatations faites par la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question, par les formules suivantes :

1° Le nombre des aliénés n'augmente pas au cours des grands bouleversements sociaux :

2° Les facteurs physiques interviennent, au moins autant que les émotions dépressives pour faire germer ou simplifier, *chez des prédisposés*, des troubles psychiques jusqu'alors latents.

LA GUERRE ACTUELLE

ET L'ALIÉNATION MENTALE

Le problème, malgré de très grandes ressemblances, ne se pose pas tout à fait de la même façon, pour les civils et pour les militaires. Ces derniers participent directement à la guerre, en souffrent d'une façon plus immédiate, tandis que les premiers n'en sont que les victimes secondaires et plus éloignées. Les facteurs étiologiques occasionnels ne sont donc ni de même durée ni de même intensité.

Il est néanmoins d'un très grand intérêt de passer en revue les opinions exprimées par les médecins spectateurs du grand drame et qui ont vu, de près, l'action de l'émotion-choc, brutale, massive, brusque, sur une collectivité d'individus, aux constitutions et antécédents biologiques très différents, soumis ensemble à l'influence des mêmes facteurs.

Dans leur ensemble, les conditions physiques de la guerre, la fatigue, la faim, le froid, le manque de sommeil et, d'une façon plus générale, une déplorable hygiène, et au point de vue moral, le danger, l'imminence de la mort, l'attente, les préoccupations angoissantes, sont communes à tous les

combattants, cependant le nombre de sujets frappés de troubles mentaux est minime par rapport au nombre des combattants.

On l'a dit avec raison, selon nous, en France comme à l'étranger, qu'il n'existe pas, à proprement parler, de psychiatrie de guerre, c'est-à-dire que la guerre n'a pas créé d'affections nouvelles.

Cependant, pour M. Dupré (1), la guerre « a révélé en les aggravant ou en les accélérant, certains états « psychopathiques qui étaient jusqu'alors latents et « ignorés de l'entourage, soit parce qu'au début, soit « parce que frustes dans leurs manifestations, soit « parce que masqués dans leur expression et « leurs conséquences, par les conditions civiles des « malades. »

La plupart des militaires atteints de ce qu'on appelle des « psychoses émotives », que notre maître, M. Briand, a pu observer en grand nombre dans son Service du Val-de-Grâce, sont des individus « n'ayant pu s'adapter à la souffrance ». Pour lui, malgré une amélioration le plus souvent rapide, « il « persiste des séquelles qui consistent surtout en une « hyperémotivité morbide, ce qui s'explique au point « de vue médical, par ce fait que les accès ne sur- « viennent guère que chez des sujets à prédisposi- « tion neuro-psychopathique et ne font que réveiller « et exagérer, chez eux, leurs tendances constitu-

1. F. Dupré, *Incapacité, etc.*, dans les états psychopathiques de guerre (*Revue neurologique*, nov., déc. p. 1901).

« tionnelles, d'où la prédominance, suivant les cas,
« de séquelles dépressives, émotives, hypochon-
« driaques, psychasthéniques, hystériques, etc... (1) »

Les obsédés sur le champ de bataille, dont M. Briand a parlé dans sa communication à la Société de Médecine légale de France (2) qui ne pouvant supporter la vue du sang et des blessures, sont poussés à déserteur, appartiennent tous à la grande classe des prédisposés. Ce sont des phobiques, des scrupuleux, des émotifs constitutionnels.

Un des deux officiers qu'il a observés avec M. le professeur Chauffard, présente, au complet, le syndrome physique de l'hyperémotivité ; l'autre est un dégénéré héréditaire, aux idées de doute, aux phobies (crainte d'assister à un enterrement par frayeur de la mort).

« Les individus marqués, disent Gilbert Ballet et
« M. Rogues de Fursac (3) sont des déséquilibrés de
« l'affectivité, chez qui la constitution hyperémotive
« s'est déjà manifestée, le plus souvent, au cours de
« l'existence, à l'occasion des émotions pénibles, et
« qui réagissent aux faits de guerre comme ils réa-
« gissaient aux événements de la vie ordinaire, mais
« d'une façon infiniment plus intense parce que
« l'excitant est infiniment plus puissant. »

1. M. Briand, *Psychoses émotionnelles* (Rapport sur le service d'observation du Centre des Psychoses du camp retranché de Paris).

2. Briand, *les Obsédés sur le champ de bataille* (Société de Médecine légale de France. Séance du 12 avril 1915).

3. Ballet et Rogues de Fursac (*Paris médical*, 1915).

Presque tous les auteurs qui ont parlé des « psychonévroses de guerre » paraissent d'accord sur ce point.

« On ne peut nier le rôle des antécédents », dit M. Grasset (1).

« L'enquête révèle que les causes prédisposantes « n'ont pas perdu leurs droits, tout au contraire », écrit M. Régis (2). La constitution émotive domine les psychoses d'origine émotive. »

L'un et l'autre ajoutent aussi une grande importance au fait que la résistance au choc est très diminuée parce que les organismes sont surmenés, moralement et physiquement.

Un certain nombre de soldats considérés comme atteints de troubles émotionnels, sont des commotionnés de guerre. On tend à confondre ces deux termes et à assimiler une émotion profonde à une espèce de commotion psychique, et inversement, attribuer, à l'émotion pure, certains troubles mentaux apparus, après une commotion intense, sans aucune lésion matérielle appréciable (éclatement très proche d'obus, ensevelissement sous une couche de terre souvent minime, projection en l'air, etc...)

Pour beaucoup d'auteurs, une commotion suivie de troubles mentaux, doit se traduire, quoi qu'on dise, par des lésions matérielles, si peu appréciables, si difficiles qu'elles soient à révéler; les émotionnés purs seraient certainement moins nombreux qu'on

1. Grasset, *les Psychonévroses de guerre* (*Progrès médical*, avril 1915).

2. Régis, *les Troubles psychiques et neuro-psychiques de guerre*.

ne le croit, si on ne faisait entrer dans leur cadre, des commotionnés, à lésions ignorées.

« Le traumatisme provocateur peut ne pas être accompagné d'une plaie extérieure. Il s'agit alors de véritables blessures internes », disent MM. Pitres et Marchand (1).

MM. Souques et Dunet (2) ont discuté sur l'importance de l'examen précoce du liquide céphalo-rachidien. MM. Loeper et Verpy (3) parlent de la répercussion commotionnelle glandulaire et humorale.

D'autres cliniciens, au contraire, ne croient pas que des troubles post-commotionnels soient nécessairement liés à des lésions matérielles et admettent la possibilité des troubles purement fonctionnels, d'origine émotive, hystérique ou pithiatique.

Les cas de cette dernière catégorie sont-ils nombreux ?

MM. Claude et Dide (4), dans leur article sur les psychoses hystéro-émotives de guerre, disent que leur rareté est extrême.

Quels sont les facteurs nécessaires pour que l'action de l'émotion-choc soit suivie d'un trouble men-

1. Pitres et Marchand, *Quelques observations de syndromes commotionnels*.

2. Souques et Dunet *Importance de l'analyse précoce du liquide céphalo-rachidien*.

3. Loeper et Verpy, *la Répercussion glandulaire et humorale des commotions*.

4. Claude et Dide, *Psychoses hystéro-émotives de la guerre* (*Paris Médical*, 1916, p. 181-185).

tél? On tend à admettre, de plus en plus, que le terrain constitutionnel, le surmenage moral et physique, les insomnies additionnées, une alimentation irrégulière, trop substantielle ou bien insuffisante, sont nécessaires à l'éclosion des accidents.

On ne peut non plus nier que, dans un nombre considérable de cas, l'alcool dont, pour M. Briand, on trouve trop souvent la signature si l'on se donne la peine de la chercher, a été la cause sinon unique, mais au moins primordiale, et que dans un grand nombre d'autres, il compliquait, en l'aggravant, le trouble mental.

Un buveur fait souvent, aussi bien à la suite d'une pneumonie, qu'à la suite d'une fracture du fémur, un délire hallucinatoire, absolument analogue dans les deux cas, et caractéristique d'une intoxication éthylique plus au moins ancienne. Le buveur qui « fait », à la suite de l'émotion, un délire, le fait surtout parce qu'il a bu, l'élément émotionnel n'est qu'accessoire.

Dans la majorité des cas cités par les auteurs, les facteurs pathogéniques figurent dans une étiologie complexe; il est peu probable que, sans antécédents biologiques de première importance, l'émotion, à elle seule, soit capable de faire naître des troubles mentaux persistants.

Notre maître, M. Briand, nous a cité le cas d'un officier qui, violemment projeté en l'air, a présenté une amnésie totale, éphémère, d'une demi-heure au plus, ce qui a pu être établi par la suite. L'officier a

pu, très rapidement, continuer la mission dont il était chargé et donner au destinaire tous les renseignements verbaux qu'il avait à fournir. Il n'a présenté depuis aucun trouble mental, confusionnel ou autre, malgré une constitution émotive, maintes fois constatée avant son accident, lequel n'a eu pour conséquences que d'exagérer son état antérieur.

Les observations saisissantes que Clunet a pu faire lors du récent naufrage du paquebot *La Provence*, sur lequel il se trouvait, appuient notre manière de voir. Ce médecin héroïque qui, dans des circonstances si dramatiques, a gardé un sang-froid admirable, a pu étudier de près l'influence d'un choc moral, immédiatement après l'accident et en dehors de tout état commotionnel. Nous empruntons dans sa si émouvante relation d'un naufrage célèbre, quelques faits qui nous semblent caractéristiques.

« Lorsque la nouvelle se répand que le bateau est
« torpillé, des hommes frappés de stupeur, immo-
« biles sur le pont, la plupart très agités, se livrent
« à des actions déraisonnables ; certains s'entassent
« dans les embarcations sans essayer de les mettre à
« la mer ; d'autres tirent des coups de revolver en
« l'air... » La foule est affolée, mais Clunet n'a pas
aperçu un seul phénomène pithiatique, ce qui veut
dire, pour nous, qu'il n'a pas constaté de troubles
mentaux. « Tous répondaient fort bien aux questions,
tout en restant très silencieux ». C'est la première
période du naufrage.

Ensuite, aux émotions vinrent s'ajouter des souff-

frances physiques. Parmi les dix-sept hommes qui se trouvent sur le radeau, avec Clunet, quelques manifestations de désespoir, d'ailleurs vite disparues : « Pendant dix-huit heures, dit le courageux observateur, je n'ai observé aucun phénomène pithiatique. « Dans les jours suivants, aucun n'a présenté de troubles nerveux. »

Ce n'est qu'après le sauvetage que, sur 600 naufragés, 30 à 40 présentent des troubles pithiatiques, « qui disparaissent très rapidement après une thérapeutique très simple : frictions à l'alcool, flagellation, psychothérapie, etc... »

Les émotions bien légitimes, en de si épouvantables circonstances, ne se sont donc traduites que par des manifestations très passagères, caractérisées par une sorte de sidération des facultés cérébrales et un automatisme moteur. Aucune psychose émotionnelle ne s'est constituée, au moins immédiatement.

Pour nous résumer, nous croyons qu'on peut déduire des travaux publiés depuis la guerre, les deux conclusions suivantes :

1° Les psycho-névroses observées chez des militaires (depuis la guerre), se sont développées sur un terrain morbide constitutionnel ou acquis.

2° C'en est qu'accessoirement que les chocs violents, véritables traumatismes psychiques, « des surprises cérébrales », comme écrivait Trousseau, ébranlant et épuisant l'activité corticale, peuvent créer, chez l'individu, de toutes pièces, pour ainsi dire, une cons-

titution spéciale d'hyperémotivité, dont les conséquences biologiques seront plus ou moins graves, encore faut-il un terrain prédisposé.

Par quel mécanisme, l'émotion choc peut-elle déterminer une psychose confusionnelle ?

« Le syndrome émotionnel est un syndrome principalement d'auto-intoxication par troubles des « mécanismes humoraux », disent les professeurs Mairet et Piéron (1).

« L'influence de l'émotion étant de nature inhibitrice et produisant surtout des phénomènes d'arrêt, écrit M. E. Dupré (2), détermine indirectement « par la paralysie fonctionnelle des grands organes, « des phénomènes du foie, du rein, de l'intestin, probablement aussi des glandes internes, thyroïde, « surrénale, et par suite, des auto-intoxications complexes secondaires. »

Nous nous rallions complètement à cette opinion.

1. Mairet et Piéron, *Montpellier médical.*, mars 1917.

2. E. Dupré, *Revue neurologique*, 1909.

MOUVEMENT DE LA POPULATION
DU SERVICE CENTRAL D'ADMISSION DES ALIÉNÉS
DE LA SEINE DANS LA DIVISION DES FEMMES
(Années 1914, 1915, 1916).

La guerre actuelle a éclaté si brusquement, à une époque où l'opinion publique était si éloignée d'une semblable catastrophe, qu'on pouvait redouter dès le début des hostilités, une augmentation importante du nombre des psychoses, non seulement chez des militaires, mais aussi chez des civils.

Le conflit que nous traversons bouleverse, en effet, la population tout entière ; il a troublé la vie de fond en comble, détruit des foyers par milliers, les intérêts d'un grand nombre d'individus ont été gravement compromis, la grande majorité des Français a souffert, plus ou moins directement, des ravages de la guerre barbare. S'il y a jamais eu des misères morales impressionnantes, ce sont bien celles de ces trois dernières années. Si la population a subi un tel choc, quelle en a été la répercussion sur les esprits ?

C'est ce que nous allons rechercher dans notre travail.

Depuis la guerre a-t-on constaté des changements et lesquels ? La population féminine s'est-elle accrue ? Quelles ont été les formes mentales les plus fréquentes ? La guerre a-t-elle imprimé aux délires un cachet, un coloris particulier ? Au point de vue étiologique peut-on tirer quelques considérations pour établir un rapport entre les émotions pénibles, « les causes morales » des anciens, et l'aliénation mentale ?

Telles sont les questions auxquelles il serait intéressant de pouvoir répondre.

Mais ce programme est trop vaste pour pouvoir être traité dans les limites étroites que nous nous sommes tracées. Nous nous bornons à une simple contribution : *l'étude du rôle de l'émotion dans la genèse des psychoses*. Jusqu'à un certain point ce problème domine tous les autres. En effet, si les émotions jouent un rôle déterminant, le nombre de cas que nous avons pu observer, aurait dû présenter une grande recrudescence, car dans la population féminine, c'est, pour la plupart, à des facteurs étiologiques moraux, que se résume l'influence de la guerre.

Sans avoir la prétention d'apporter une statistique complète puisque nos investigations se limitent au département de la Seine, il demeure néanmoins intéressant de comparer, dès maintenant, les données des six dernières années, divisées en deux périodes (1)

1. Nous avons pris les données de la statistique de 6 années pour avoir deux périodes de même durée, trois d'avant la guerre, et trois années de guerre.

pour se rendre compte du mouvement de la population féminine.

NOMBRE DES ENTRÉES DES FEMMES DANS LE SERVICE
DE L'ADMISSION

Années	1911	1912	1913	1914	1915	1916
Janvier.....	160	146	190	157	149	177
Février.....	143	153	162	148	165	159
Mars.....	162	164	192	156	157	173
Avril.....	149	161	164	170	171	160
Mai.....	182	163	190	183	205	206
Juin.....	215	159	171	169	186	210
Juillet.....	152	167	174	188	188	219
Août.....	141	144	163	207	180	184
Septembre..	125	145	151	172	175	187
Octobre.....	130	205	187	139	179	203
Novembre.....	120	166	179	124	178	156
Décembre.....	150	174	159	192	180	169
TOTAUX.....	1837	1952	2082	2005	2113	2200

Le tableau qui précède montre que la population féminine tend toujours à augmenter dans les Asiles de la Seine, puisque, au lieu de 1.822 entrées, comme en 1911, il a été admis 2.200 femmes en 1916.

Pour l'année 1912, on constate une augmentation de 115 malades; de même, on relève une augmentation de 130 malades pour l'année 1913, alors que le chiffre est en décroissance de 77 malades, en 1914.

Et, cependant, si l'on consulte le tableau ci-dessus, on peut voir qu'au mois d'août et au mois de septembre, les entrées sont plus nombreuses, elles ont monté de 163 en 1913 à 207 en 1914 pour le mois d'août; (de 151 en 1913, à 172 en 1914, pour le mois

de septembre), et que, par contre, au mois d'octobre et au mois de novembre de 1914, il y a un abaissement considérable (139 au mois d'octobre et 124 au mois de novembre).

(Coïncidence bizarre, le nombre d'entrées pendant ces deux mois de l'année 1914, est exactement pareil à ces deux mêmes mois de l'année 1911).

On peut admettre que l'augmentation des entrées d'août et de septembre 1914 tient à ce que des familles, avant de quitter Paris au moment de la menace allemande, avaient pris la précaution de placer les malades dont elles ne pouvaient plus assurer la charge et la surveillance. Il faut aussi rappeler que, vers la même époque, d'autres familles fuyant devant l'envahisseur, étaient venues se réfugier à Paris.

En 1915, le nombre d'entrées est 2.113 ; il est de 2.113 pour l'année 1916.

Il semblerait donc, que non seulement, il n'y a pas d'augmentation dans la progression des entrées depuis le début de la guerre, mais encore qu'il y aurait eu moins de cas de folie, puisque de 1911 à 1913, nous avons relevé une augmentation de 215 malades, alors que pendant une période correspondante de 1914 à 1916, l'augmentation n'a été que de 118 cas.

L'interprétation de ces faits nous entraînerait dans trop de développements qui ne sauraient être définitifs, pour que nous nous étendions davantage sur ce point ; néanmoins, il nous a paru opportun de les signaler dès maintenant.

Notons, en passant, que Marcé (1), Lunier (2), Magnan (3), dans leur statistique, ont relevé les mêmes résultats, au cours de la guerre 1870-1871.

Ces constatations nous semblent prêter un sérieux appui à l'opinion de Morel (4), lorsqu'il écrit que « les commotions politiques ont jugé plus de maladies nerveuses qu'elles n'en ont produit ! »

Quelles sont les principales formes mentales représentées au cours de ces trois dernières années ?

— Cette question a été soulevée à maintes reprises et résolue, croyons-nous, dans le même sens : comme il était à prévoir, elles sont les mêmes qu'avant la guerre.

L'émotion est un fait quotidien de la vie habituelle, la guerre n'en a pas le triste privilège. La misère, la mort des êtres chers, la ruine, les chagrins de toute nature frappent l'humanité à toute époque. Ce n'est que le nombre des malheureux qui change. Les préoccupations morales étant les mêmes, si elles doivent troubler l'esprit, elles le troublent de la même façon, qu'on soit en guerre ou qu'on jouisse de la paix.

Signalons cependant quelques particularités relatives au thème délirant : les mélancoliques ne s'accusent plus des délits et des crimes ordinaires : elles sont aujourd'hui des « espionnes » ; les persécutées

1. Marcé, Ouvrage cité.

2. Lunier, Ouvrage cité.

3. Magnan, Ouvrage cité.

4. Morel, Ouvrage cité.

se disent en butte à des trahisons « boches » ; les missionnaires que nous n'avons pas d'ailleurs rencontrés avec plus de fréquence, sauvaient la France en chassant l'ennemi du sol et en combattant Guillaume ; les ambitieuses, même démentes, inventaient des poudres, des engins devant terrasser l'ennemi, etc... Ces constatations n'ont rien qui doive surprendre, les aliénés traduisant souvent, dans leur délire, les préoccupations ambiantes.

Dans combien de cas avons-nous pu rencontrer un choc émotionnel, pouvant être incriminé, non pas comme coefficient unique, disons-le tout de suite, comme cause occasionnelle ? — Beaucoup non contrôlés, et très peu, après contrôle. Fait prévu : les explications des personnes qui apparentées ou amies des malades, venaient nous renseigner sur le début des accidents, n'étaient plus les mêmes qu'autrefois : « La peur, le chagrin d'amour » qu'on ne manquait jamais ou presque jamais de signaler, même lorsque cette émotion date de nombreuses années et qu'elle soit d'ordre banal, pour ainsi dire, ne figure plus comme l'événement le plus saillant. C'est la guerre qui devient la cause de tout, c'est à la mobilisation, au départ du mari, du fils, du père, que les accidents sont maintenant attribués. Qu'il s'agisse de paralytiques générales, dans la période du gâtisme, de séniles, démentes depuis longtemps, d'épileptiques aux crises déjà anciennes, d'alcooliques chroniques, chez lesquelles l'accès aigu a éclaté récemment (simple coïncidence ou peut-être aggravation réelle

sous l'influence de l'émotion ?), de démentes précoces chez qui les sentiments affectifs étaient effacés depuis plusieurs années, ou d'états aigus, les explications procèdent de la même antienne, la guerre.

Les renseignements fournis par la famille ou les amis sont, personne ne l'ignore, sujets à caution ; si nous en parlons, c'est afin de dire que les difficultés éprouvées pour dégager l'anamnèse indispensable à la reconstitution de l'historique de la maladie, sont plus grandes aujourd'hui qu'autrefois, parce que le courant à remonter possède la force d'une vérité devant être admise sans réplique (1).

Nous n'avons malheureusement pu obtenir de renseignements étiologiques dans tous les cas observés. Quelques-unes de nos malades dont nous présentons plus loin l'observation, arrivées des pays envahis, n'ont jamais reçu la visite d'aucun parent ou ami. D'autres n'ont fait qu'un bref séjour à l'Admission et sont parties brusquement en province, lors de l'évacuation de l'Asile clinique (Sainte-Anne), le 6 septembre 1914. D'autre part, le fonctionnement de ce centre répartiteur, qui reçoit tous les entrants des asiles de la Seine, exige que les malades n'y demeurent que peu de temps, s'ils sont transportables : toutes ces circonstances ne pouvaient que rendre très difficile, et souvent impossible, la recherche des antécédents et la précision du début de l'affection.

1. Depuis quelques jours, le thème étiologique allégué tend à changer : ce sont les restrictions, ce sont les difficultés entre concierge et locataires, à propos du terme, du chauffage, etc...

Quoi qu'il en soit, nous avons réuni 69 cas où le choc émotionnel a pu être relevé dans l'anamnèse, bien que discutable, soit parce que la maladie a débuté immédiatement ou peu de temps après, soit parce que dans le tableau clinique se sont manifestées quelques particularités pouvant, à la rigueur, faire admettre la possibilité du rôle efficient de ce facteur.

Nos observations sont groupées par espèce, au point de vue de l'étiologie.

1° Le premier groupe concerne les 26 malades ayant fui devant l'ennemi et chez qui les troubles mentaux se sont déclarés au cours de leur lamentable émigration, ou peu de temps après.

La fatigue, les privations, les difficultés matérielles de la vie depuis l'évacuation, les déplacements fréquents, les insomnies ont contribué, pour beaucoup, à l'éclosion des accidents graves, sans oublier que, chez un très grand nombre, l'anamnèse a révélé un terrain constitutionnel taré, héréditaire ou acquis.

2° Le deuxième groupe est relatif aux femmes chez lesquelles la psychose est survenue immédiatement ou peu de temps après un choc moral.

Chez ces malades, comme chez celles du premier groupe, entre l'émotion d'un côté, et l'état morbide de l'autre, s'intercale une période qu'on pourrait appeler d'incubation et qui, pour nous, a joué un rôle pathogénique déterminant, par suite d'insomnies, d'une nourriture insuffisante, d'un état gastro-intestinal défectueux, etc...

Les antécédents héréditaires et personnels, chez un certain nombre, étaient chargés.

Toutefois, pour un très petit nombre seulement, l'état aigu s'est déclaré immédiatement après l'émotion.

3° Enfin, le troisième groupe réunit les neuf malades chez lesquelles l'émotion n'était pas l'unique facteur à incriminer. Si l'alcool, chez les unes, la puerpéralité, chez les autres, n'étaient peut-être pas les seuls en cause, ils constituaient un important appoint qui n'est pas niable.

Malgré l'importance de cet appoint, pour nous prépondérant, nous avons relevé ces observations, parce que l'apparition des accidents coïncidait avec une émotion pénible.

* * *

Etant donné les limites restreintes de notre travail et le nombre important de ces observations (69), nous croyons devoir ne présenter celles-ci que sous une forme très résumée, en nous tenant aux faits principaux utiles à notre thèse.

Quelques-unes sont très incomplètes, pour d'autres raisons ; malades confiées peu de jours après leur internement, à leur famille, ou bien transférées en province, lors de l'évacuation de l'Asile clinique, au mois de septembre 1914. Nous avons cru, cependant, ne pas devoir les passer sous silence, afin de présenter, dans leur ensemble, tous les cas de psychoses, dites émotives, entrés dans les Asiles de la Seine, depuis le début de la guerre.

OBSERVATIONS DU PREMIER GROUPE

OBSERVATION I. — Mlle D..., âgée de dix-sept ans, originaire de Saint-Quentin, entre à l'Admission le 16 septembre 1914.

Au début de la guerre, léger état de dépression. Craintes devant l'invasion ennemie. Tristesse. Mauvais sommeil.

Le 27 août, fuite devant les Allemands, dans des conditions dures et fatigantes, au bruit du canon. Vives impressions aux récits des atrocités commises par les envahisseurs. Un des membres de sa famille est pris de convulsions. Le convoi des fugitifs faillit être broyé par un train en marche. (Nous n'avons pu vérifier l'exactitude de ce point).

A son arrivée à Compiègne, état demi-confusionnel, avec excitation, loquacité. Insomnie.

Agitation croissante et internement de la malade, le 17 septembre 1917.

M. Dupré fait le certificat suivant :

« Excitation et désordre général des idées et des actes,
« inconsciente de sa situation, variations d'humeur, tour à
« tour anxieuse, coléreuse, agressive ou enjouée, souriante,
« fuite des idées par intervalles, incohérence des propos, de
« la mimique et des réactions. Les troubles nerveux ont
« apparu récemment à la suite de l'émigration de la malade

« et de ses parents, fuyant l'invasion allemande dans
« l'Aisne. »

A l'Admission, même tableau clinique et le certificat signé par notre maître, M. Briand, signale : « Confusion mentale, alternatives de dépression et d'excitation, propos incohérents. Syndrome basedowien. En effet, Mlle D..., présente une hypertrophie thyroïdienne très nette, un pouls accentué, battant à 120, un tremblement manifeste des mains, une légère exophtalmie.

Au début du séjour de la malade dans le Service, agitation motrice violente : contorsions, danses, fuite précipitée hors du dortoir. Tendance aux violences :

Propos tout à fait décousus, incompréhensibles, d'ailleurs bredouillés à voix basse. Attention impossible à fixer. Résistance à l'examen physique. Alimentation difficile. Sommeil nul. Facies vultueux. Etat gastro-intestinal mauvais. Langue saburrale. Constipation.

Cet état commence à s'amender rapidement. A l'agitation, succède une dépression profonde, avec immobilité, torpeur intellectuelle, somnolence.

Le 2 novembre, la guérison est complète.

Souvenir assez bien conservé du délire, néanmoins, les récits en sont très décousus : « C'est comme un rêve. Je
« voyais du feu, de la fumée, j'entendais le canon. Il me
« semblait que j'assistais à une bataille, que j'étais Jeanne
« d'Arc, que je devais sauver la France. Si je montais sur le
« lit, c'est que je croyais être sur un cheval et que je tirais
« sur les Allemands.

« Dans d'autres moments, je me croyais chez nous. Des

« gens de chez nous me parlaient et me disaient que la guerre
« était finie. Je m'entretenais avec eux.

« Ou bien, je me trouvais dans un couvent. Je prenais les
« infirmières pour des religieuses. Je croyais voir ici ma
« tante qui est religieuse. »

En résumé, état confusionnel et délire à caractère onirique avec multiplicité, vivacité, mobilité des tableaux.

Les réactions désordonnées, la mimique si variable et si mobile, les propos d'apparence incohérente, correspondaient à ce qu'était la réalité pour le malade. Cet état de rêve s'est dissipé rapidement et fut suivi d'un sommeil prolongé.

Un ensemble de facteurs physiques et psychiques est venu frapper un terrain prédisposé. En effet, Mlle D... présente un syndrome de Basedow des plus nets. D'autre part, ses parents nous ont appris, qu'à l'âge de onze ans, elle fut atteinte de chorée pendant plusieurs mois. Un de ses cousins est un épileptique. Il s'agit d'une débile mentale qui présente aussi un ensemble psychique et physiologique d'émotivité constitutionnelle : vivacité des réflexes tendineux et pupillaires, instabilité vaso-motrice, éréthisme cardiaque, accélération de la respiration sous l'influence d'une émotion.

L'état général de la malade : traits tirés, mauvais état gastro-intestinal, d'une part, et, les caractères du délire, d'autre part, n'étaient pas sans analogie avec un délire fébrile des toxi-infections.

OBSERVATION II. — Mlle J..., âgée de trente et un ans, originaire de X..., petit village dans les environs de Cambrai.

Plusieurs particularités sont intéressantes à noter dans ses antécédents héréditaires et personnels :

Antécédents héréditaires. — Le père buvait. La mère a été internée, à l'âge de vingt-deux ans, pendant dix mois, pour troubles mentaux, consécutifs à son premier accouchement. L'enfant n'a vécu que quelques jours.

Le deuxième enfant est notre malade, venue au monde peu de temps après l'internement de la mère. Elle a deux frères, tous deux mobilisés. A noter aussi que le grand-père maternel, marin, colonial, avait la réputation de « tête brûlée » et de buveur d'absinthe.

Antécédents personnels. — Mlle J... a fait à l'âge de dix-huit mois, une méningite. Nous n'avons pas de précisions à ce sujet.

Intelligente, elle apprend bien à l'école, obtient son certificat d'études à onze ans, est classée dans les premières. Toute jeune encore, elle était extrêmement impressionnable, prenant toute chose « à cœur », comme elle le dit, pleurait pour un rien, ayant des journées de « grande tristesse ».

Bien réglée depuis l'âge de douze ans.

A l'âge de dix-sept ans, grande exaltation mystique et décision de devenir religieuse, mais opposition des parents, dont elle est fille unique, et abandon assez facile du projet.

A l'âge de dix-huit ans, légère période de dépression, se manifestant par de la tristesse, de la sauvagerie, par le désir d'être seule et de ne parler à personne. Cet état est consécutif à un chagrin d'ordre romanesque. Mlle J... a renvoyé brusquement, « par un coup de tête », un prétendant sérieux ce qu'elle a vivement regretté. Quelques années plus tard, le même jeune homme renouvelle ses offres de mariage mais il

n'est pas accepté, cette fois-ci, par la mère de Mlle J... qui ne désire pas se séparer de sa fille. Grosse déception, nouvelle crise de dépression, mais de courte durée et traitée à la maison.

Mlle J... vivait paisiblement chez ses parents qui avaient une certaine aisance, jusqu'à l'invasion du village par les Allemands, le 26 août.

Partie brusquement, sans avoir eu le temps de faire de préparatifs, accompagnée de sa mère. A fait d'abord une partie de la route à pied, jusqu'à Amiens, le reste en chemin de fer jusqu'à Rouen. Réglée à ce moment-là.

Difficulté d'évocation des souvenirs des événements qui se sont succédés à partir de son arrivée à Rouen : « Je ne me souviens ni des pays, ni des gens, je ne peux rien préciser. » Il lui semble qu'elle a vu des villages en flammes et qu'elle entendait le canon.

Arrivée à Paris au mois d'octobre 1914. Pas de renseignements sur toute la période de la fin d'août au mois d'octobre : « J'étais déjà malade ». A Paris, la mère et la fille vivent dans une inquiétude continuelle, dans l'attente des nouvelles du père resté au village et d'un frère mobilisé. La journée se passait, pour toutes deux, en visites aux réfugiés, en stations aux abords des gares, dans l'espoir d'apprendre quelque nouvelle, en courses aux rédactions de journaux, pour impression et lectures d'annonce. Négligence de tous soins hygiéniques et de la nourriture : « Le soir, le désespoir nous prenait toutes deux, mais c'était encore moi qui étais la plus malade.

Lacunes de mémoire concernant une nouvelle période, à partir de janvier : « je me souviens d'avoir consulté des car-

« tomanciennes ; elles me disaient que tous les miens étaient
« morts. J'avais peur. J'entendais des voix, un brouhaha
« continu. Autour de moi, tout était bizarre. Les objets
« n'avaient pas leurs proportions. leur coloration normale.
« Tout était laid, les gens me regardaient, me faisaient des
« grimaces, avaient l'air de parler de moi .»

L'état de Melle J... s'aggrave par suite d'insomnie presque
continue les rares moments de sommeil sont entrecoupés
par des cauchemars pénibles : canonnades, visions terri-
fiantes : cadavres, sang, blessures.

Et la mère de Mlle J... ? Autant que cette dernière est en
mesure de nous renseigner, l'état de sa mère laissait beau-
coup à désirer : elle pleurait des journées entières, partageait
avec sa fille ses pressentiments de malheurs, ses craintes
d'avenir.

Toutes les deux font des projets de suicide. Cependant
Melle J... se souvient qu'un jour, elle a grimpé sur la fenêtre
dans l'intention de sauter dans la rue, mais sa mère l'a rete-
nue.

Il nous est impossible d'obtenir des précisions sur le jour,
les circonstances de la tentative de suicide qu'elles ont faite,
toutes les deux, quelques jours plus tard : « Je ne sais rien,
je ne me rappelle de rien, je ne m'occupais pas de ma
mère .»

Aucun souvenir de son transfert au Dépôt et à l'Admission,
ni de la longue période de dix-huit mois environ passée dans
le service du Dr Dagonet : « Le peu que je me rappelle est
« très vague et je le reconstitue parce que les infirmières me
« racontent différents faits. Je vivais comme dans un cau-
« chemar. J'étais sur la route de X... à Amiens, j'entendais

« beaucoup de bruit, j'avais peur ». C'est tout. Melle J... est incapable de nous raconter davantage.

D'avril 1915 à janvier 1917, état confusionnel, hallucinatoire, avec agitation parfois très violente et impulsions (coups de pied, gifles aux infirmières) ; par intervalles, périodes de calme, pendant lesquelles la malade s'occupe à de petits travaux de broderie. Fait curieux : Melle J... a de la peine à le reconnaître : « Je me souviens vaguement d'avoir brodé quelque chose, mais très vaguement. »

Au mois de janvier 1917. Amélioration, alimentation plus régulière. Sommeil normal, irritabilité moins excessive, intérêt progressivement éveillé pour de petits faits de sa vie journalière, moins de tristesse. Pour la première fois, Melle J... demande ce qu'est devenue sa mère.

Elle a un accès de désespoir de courte durée, lorsqu'elle apprend que sa mère s'est noyée.

Les parents lui apportent de bonnes nouvelles de son père, qui leur aurait écrit. Un de ses frères vient la visiter. Elle sait que son autre frère est tué. Affectée, mais médiocrement, Cependant, n'est pas indifférente.

A l'heure actuelle, presque guérie, Mlle J... sortira bientôt de l'Asile.

Evidemment, les troubles psychiques ont disparu, mais Mlle J... a gardé une hyperémotivité intense, qui se traduit par la vivacité de ses réactions psychiques et physiologiques. On constate de l'irritabilité, de l'énervement facile sous l'influence des causes même futiles. Ainsi, l'interrogatoire que nous lui faisons subir lui est pénible, on s'en rend compte faci-

lement : le pouls devient plus fréquent, les pommettes se colorent, les mains sont agitées d'un tremblement en masse, les pupilles se dilatent, la voix devient saccadée. Mais cette émotivité morbide n'est pas acquise, elle est constitutionnelle chez notre malade. D'après ce qu'elle nous raconte elle-même, tout lui était cause d'émotion et de sentiment pénible, depuis son enfance. Elle le savait si bien qu'elle s'isolait, pour ainsi dire, pour limiter ses impressions pour ne pas compromettre le calme, très difficile à garder, s'évanouissant sous le moindre choc. Témoin les deux crises de dépression, se traduisant par la tristesse et le dégoût de la vie, à l'occasion d'une déception amoureuse, qui bien que de courte durée, étaient suffisamment caractérisées pour alarmer son entourage et nécessiter une assistance médicale. Témoin aussi toutes les petites « révolutions », « les coups de tête » à la moindre contrariété.

Si l'accès actuel a pris un caractère plus grave si l'élément confusionnel et hallucinatoire s'y est ajouté c'est que, à côté du surmenage moral, il y avait le surmenage physiologique. Fuite d'abord devant l'ennemi, dans des conditions difficiles, vie irrégulière, déplacements continuels, aggravation progressive de l'état par suite de la négligence de la nourriture, du manque de sommeil.

D'autre part, les troubles morbides se sont développés chez une jeune fille de constitution nettement tarée, par une hérédité maternelle, probablement similaire, et par des atteintes antérieures.

Nous regrettons de ne pouvoir donner plus de détails en ce qui concerne la mère de Melle J... Il est probable qu'il s'agit d'une folie à deux : qui des deux, la mère ou la fille, a été atteinte la première ? Chez toutes deux, l'affection paraît avoir débuté par une dépression simple, tristesse, préoccupations. Comment les troubles ont-ils évolué chez la mère ? Nous n'avons rien pu apprendre de précis. En tous cas, notons le suicide à deux.

OBSERVATION III. — Mme S..., âgée de soixante-deux ans, a quitté le village qu'elle habitait aux environs de Pontoise, le 9 septembre 1914.

Délire à début brusque. Très impressionnée par le récit d'atrocités commises par les Allemands, devient de plus en plus inquiète, perd le sommeil. Les troubles coenesthésiques apparaissent d'abord : sentiment de fatigue, de courbature, douleurs aiguës, picotements, brûlures. L'anxiété croît progressivement. Les hallucinations de tous les sens se développent rapidement. Etat obsédant. Conversations continues, au point de lui rompre la tête, « par les oreilles et aussi intérieurement », suggestion de pensées, que la malade attribue aux Allemands, qui lui envoient aussi une foule de choses « qui sentent comme des acides ou de l'électricité. »

L'anxiété devient continue, le sommeil nul. Plusieurs tentatives de suicide à peu d'intervalle.

Au Dépôt, où la malade est entrée le 10 septembre; M. Dupré diagnostique : Psychose hallucinatoire aiguë, à début récent, et consécutive à l'émotion ressentie par la malade à l'approche des Allemands. »

Au Service de l'Admission, M, Briand fait le certificat suivant : mélancolie anxieuse avec hallucinations multiples ; idées de persécution ; impulsions « au suicide » et signale aussi le choc moral récent.

Mme S... a été dans le service du Dr Dagonet et elle est sortie, complètement guérie, à peine deux mois après son entrée.

Les renseignements fournis par le mari de la malade nous apprennent qu'il y a deux ans, Mme B... a été traitée par l'hydrothérapie pour troubles nerveux, étouffements, boule à la gorge, etc... Troubles caractéristiques d'un état particulier qui n'était, certes, pas sans jouer un rôle important dans l'éclosion des phénomènes morbides.

Nous voudrions aussi souligner que les troubles mentaux, à proprement parler, ont été précédés par des douleurs vagues, état de fatigue, une courbature ayant une analogie avec des symptômes qu'on constate au cours d'une invasion d'une maladie infectieuse.

OBSERVATION IV. — Mme V... Marie, âgée de quarante trois ans, entre dans le Service de l'Admission, le 6 septembre 1914.

Les troubles mentaux seraient apparus pendant la fuite du ménage devant l'ennemi.

Nous n'avons pas d'autres renseignements.

On constate : une confusion mentale, avec lenteur de l'idéation, désorientation, conscience incomplète de la situa-

tion. La malade proteste de son innocence : elle n'a jamais fait de mal à personne, elle ne comprend pas pourquoi on lui en veut. Accès de désespoir.

Quelques jours après son entrée le mari a emmené la malade, sans qu'il soit survenu de changement dans son état.

Observation très incomplète, que nous rapportons néanmoins pour la faire figurer dans notre statistique.

OBSERVATION V. — Mme Har..., âgée de quarante ans, est entrée à l'Asile Saint-Anne, le 4 septembre 1914.

Elle habitait les environs de Senlis, lorsqu'elle dut fuir, devant l'invasion allemande avec son mari et ses huit enfants, dont un âgé de trois mois, *qu'elle allaitait*.

Au cours de la fuite, fut prise d'une anxiété violente, se traduisant par une agitation, des pleurs, des lamentations. L'état s'est aggravé par suite de l'insomnie et de la fatigue.

A l'Admission, état confusionnel et hallucinatoire ; hallucinations auditives pénibles : « on les tuera ».

Léger amendement de certains symptômes pendant le court séjour à l'Admission : anxiété moins continue et moins violente. Sommeil plus régulier. Persistance de l'état confusionnel lors du transfert de la malade à l'asile de Clermont, le 18 décembre 1914.

Observation incomplète. A noter que les troubles mentaux, à début brusque, ont apparu chez une

femme surmenée par huit grossesses, et au cours d'un allaitement.

OBSERVATION VI. — Mme Marie L..., âgée de trente-deux ans, habitait Givet lors de la déclaration de guerre, où son mari était commissaire de police.

Entre à l'Admission le 24 août 1914. Excitation maniaque avec gesticulation, déclamations, récitation de prières ; fuite des idées, couleur mystique des préoccupations morbides ; variations rapides de l'humeur : alternatives d'anxiété, d'euphorie, de dépression, d'exaltation.

Persistance du même état jusqu'au 5 septembre, date à laquelle Mme L..., fut envoyée à Quimper, lors de l'évacuation de l'asile Sainte-Anne.

Nous ne savons pas ce qu'elle est devenue.

D'après les renseignements d'une amie, la malade, le jour même de la déclaration de guerre, avait eu un accès d'agitation anxieuse qui n'aurait duré que huit jours. Au moment de quitter Givet, elle fut très effrayée par une panique de la foule, provoquée par le bruit que les Allemands occupaient la ville. Préoccupations au sujet de son mari, commissaire de police, resté à Givet.

Les troubles mentaux paraissent avoir débuté brusquement sous l'influence de l'émotion, chez une femme très impressionnable, hyperémotive dont les antécédents héréditaires sont chargés : son oncle paternel est mort dans une maison d'aliénés, une cousine de la même ligne paternelle, est atteinte de folie intermittente.

OBSERVATION VII. — Mme M... Berthe, est âgée de quarante-cinq ans.

Elle habitait Crouy au début de la guerre. Est restée un mois entier dans la ville, sous le bombardement. Calme, a continué à vaquer à ses occupations journalières.

Le 18 octobre au moment où elle aidait, avec d'autres personnes, à transporter et à soigner des blessés, elle apprend que la maison d'un de ses parents brûlait. Vivement émue, elle commence à courir, parler et se lamenter beaucoup. Depuis, les troubles mentaux sont allés en s'aggravant.

Entrée à l'Admission, le 5 décembre, Mme M..., très anxieuse, n'arrête pas de pleurer, de se lamenter et d'appeler : « Henri, Henri », c'est le nom de son fils).

Il est impossible de fixer son attention, d'obtenir une seule réponse, de faire un examen physique.

Onirisme et hallucinations terrifiantes probables, car elle crie : « tiens, voilà du sang, encore des blessés, des plaies horribles, du pus ».

Refus de nourriture.

24 décembre. — La malade est un peu plus calme, répond à certaines questions, dit son âge, mais reste confuse, ignore comment et quand elle est venue dans le service.

Refuse toujours de s'alimenter : « Je suis une très grande coupable. Je savais bien, moi, que les Prussiens allaient venir ». Répète toujours les mêmes propos, n'explique pas pourquoi elle croit être coupable.

Transférée le 22 janvier 1915 dans le service du Dr Toulouse. Nous avons pu apprendre que la malade est sortie en liberté, complètement guérie des troubles mentaux qui ont motivé son internement, le 7 février 1916.

Nous n'avons trouvé, chez cette malade, ni antécédents héréditaires, ni antécédents personnels intéressants à noter, et qui auraient pu expliquer une prédisposition quelconque. Notons le surmenage physique et moral : vie pénible sous le bombardement, alimentation dérégulée, manque de sommeil.

Obs. VIII. — Mme B..., âgée de quarante-quatre ans, est originaire de S..., département de la Meuse.

Le début des troubles mentaux paraît remonter aux premiers jours de la guerre, lors de l'occupation du village par les Allemands.

Choc moral violent : de loin, notre malade avait assisté à l'arrestation brutale de son mari, par deux Allemands. Serait tombée sans connaissance ?

N'a plus revu son mari et avait appris, à l'église du village où elle est allée rejoindre les femmes, les vieillards et les enfants qu'il avait été emmené, avec d'autres, prisonnier en Allemagne.

Elle fut envoyée elle-même dans un camp de prisonniers civils où elle est restée sans nouvelles de ses enfants et de son mari.

Rapatriée au mois de janvier 1915, dans un état de dépression profonde, reste avec ses filles jusqu'en avril 1915.

Nous n'avons pas de renseignements sur l'état mental de la malade pendant son séjour en Allemagne, car elle s'y trouvait seule, séparée de son mari et de ses enfants. Elle-même n'a jamais rien su nous raconter de la vie qu'elle avait menée là-bas.

A son entrée, on constate le tableau clinique suivant :

Dépression mélancolique avec anxiété. Idées d'auto-accusation, de culpabilité, d'indignité, de damnation. Pleurs, désespoir, lamentations, inertie, refus d'aliments. Caractère mystique des préoccupations morbides : gémissements, prières, invocations à la miséricorde divine.

Peu de jours après son entrée, l'anxiété et l'agitation disparaissent pour céder à un état de stupeur profonde. Immobilité complète. Gâtisme. Mutisme. Refus de nourriture. Aucune protestation, aucune résistance à l'alimentation forcée. Salivation exagérée. La salive s'écoule sans que la malade fasse un seul mouvement. Les yeux sont obstinément fermés.

Au mois de septembre, on peut remplacer l'alimentation à la sonde par l'alimentation au verre et à la cuiller. La malade entr'ouvre les yeux lorsqu'on lui parle, mais ne répond toujours pas.

En octobre, alimentation plus facile. Plaintes, idées de culpabilité et d'indignité, elle ne mérite pas qu'on s'occupe d'elle, elle ne guérira pas car elle est coupable, elle est possédée du démon.

Peu à peu l'intérêt s'éveille pour tout ce qui se passe autour d'elle. On peut lever la malade du lit, mais une fois assise, elle ne fait plus un mouvement, suit seulement du regard, le va-et-vient autour d'elle. De temps en temps, agitation anxieuse survenant brusquement, lamentations, craintes d'être damnée.

L'amélioration continue progressivement, psychique et physique. Appétit et sommeil bons. Eveil de l'activité. Humeur égale, assez gaie, sans exubérance. Quelques craintes de l'avenir, rien d'anormal cependant, car elles sont justifiées.

Vers le mois de novembre 1915, retour du mari de l'Allemagne. La malade paraît favorablement impressionnée et nous manifeste son contentement.

En mai, 1916, la sortie en liberté est accordée. Cependant, il persiste un léger degré d'affaiblissement intellectuel, caractérisé par une certaine indifférence, intellectuelle et émotive, une niaiserie des propos et des attitudes, une satisfaction un peu béate. Amnésie ou incapacité de raconter, avec esprit de suite, la succession des événements qui l'avaient frappée.

L'accès de dépression actuel dont Mme B... paraît guérie, n'est pas le premier. Il y a dix-sept ans, à la suite d'un accouchement, elle fut atteinte de troubles mentaux caractérisés par de la tristesse, de l'inertie et un mutisme qui ont persisté pendant toute une année, mais pour lesquels elle a pu être soignée chez elle. Le mari convient que sa femme ne supportait aucune contrariété, aucune opposition, qu'elle était sujette aux crises de désespoir fréquentes, mais se maintenait dans cet état plus ou moins normal, grâce à la vie régulière et simple qu'elle menait dans son village.

Au premier choc émotionnel nouveau, Mme B..., dont la résistance psychique était pour ainsi dire nulle, a succombé. Nous pensons que sa guérison n'est d'ailleurs pas complète, qu'il n'y a que rétrocession des phénomènes aigus, mais persistance d'un certain déficit intellectuel qui, par une évolution lente, insensible et progressive, la mène vers un affaiblissement global des facultés et dont on peut

faire remonter le début à la première atteinte, qui « l'avait laissée un peu enfant », selon les dires de son mari.

OBSERVATION IX.— Mme Len..., âgée de soixante-treize ans, entre à l'Asile Sainte-Anne, le 14 décembre 1914.

A quitté récemment Reims où elle a eu peur du bombardement.

A été trouvée errante à Paris. Au Dépôt, incapable de renseigner sur son identité. L'état confusionnel persiste à l'Admission. Dépression morale. Pleurs. Désorientation complète dans le temps et dans l'espace. Ne sait pas si elle est à Paris ou à Châlons, comment elle est arrivée à l'Asile.

Fatigue. Etat physique précaire.

Légère rétrocession de l'élément confusionnel après un repos de quelques jours à l'Admission. On obtient quelques renseignements de la malade. Voici ce qui s'est passé : elle vivait à Reims avec son fils, *dément*, âgé d'une vingtaine d'années. Craignant le bombardement, pour celui-ci, elle s'est décidée à partir. Descendue à Paris, dans un hôtel, pendant qu'elle s'occupait de son installation, son fils, non surveillé, a disparu de l'hôtel. Très inquiète, elle est partie à sa recherche, s'est égarée, ne peut dire combien de temps elle avait marché.

On a constaté à son arrivée à l'admission des plaies aux pieds et un œdème périmalloleaire.

La malade a été transférée, le 27 mai 1915, à Dun-sur-Auron. La dépression mélancolique était en voie de déclin ; il persistait un affaiblissement intellectuel prononcé, caractérisé par des troubles de la mémoire et du jugement.

Si l'on s'en rapporte aux renseignements qui nous furent donnés par son neveu, Mme Len... était considérée, à Reims, comme « tombée en enfance, presque autant que son fils ».

Il s'agit, en somme, d'une femme âgée de soixante-treize ans, qui, sous l'influence de la fatigue et des émotions, a fait un accès de mélancolie anxieuse, greffé sur un état quasi-démentiel.

OBSERVATION X. — Mme Lois... Berthe, âgée de trente-huit ans, entre à l'Asile, le 4 décembre 1914.

Les troubles mentaux auraient commencé au début de la guerre, lors de l'évacuation de la malade de Moncey-Notre-Dame (Ardennes).

Très impressionnée par diverses émotions au cours de sa fuite : on a tiré, dit-elle, sur le train qui l'emmenait avec ses enfants.

Soucis, difficulté de s'acclimater à la vie de Paris : « Ces trois mois me semblent des années ».

Insomnie. Ensuite, agitation nocturne. Progressivement, état de dépression, avec découragement. Craintes d'être volée, attente de malheurs imprévus.

A l'examen, on constate un état de tristesse avec irritabilité, anxiété par intervalles. Débilité mentale, notions bornées, langage pauvre. Idées de persécution très mal systématisées, très vagues. Quelques hallucinations de l'ouïe probables : On lui dit des mots orduriers, on dit du mal de ses enfants, de son mari.

Etat de fatigue. Amaigrissement. Léger tremblement des mains.

Misère physiologique.

Nous avons perdu la malade de vue.

OBSERVATION XI. — Mme Fres... Marie, âgée de trente-six ans, entre à l'Admission le 22 septembre 1915.

Etat confusionnel et hallucinatoire. Agitation anxieuse, très violente, par intervalles.

Impulsions à fuir : lutte désespérée avec les infirmières qui la maintiennent. La malade semble épier les bruits. Pantophobie avec réactions émotives intenses.

Il est impossible de fixer l'attention de la malade qui ne répond à aucune question : « Du vinaigre et mon chapelet », répétition monotone et stéréotypée des mêmes propos.

Supplications qu'on lui laisse voir ses enfants pour la dernière fois : elle dit entendre leur voix et leurs pleurs dans la chambre à côté.

Les troubles mentaux auraient débuté brusquement (?) peu de jours avant son internement.

Cependant, depuis un temps qu'on ne précise pas, Mme Fres... devenait sombre et pleurait à l'écart. Evacuée du Nord, dès le début de la guerre, a eu beaucoup de soucis et de préoccupations au sujet des siens ; un fils de quinze ans est resté dans les régions envahies. Sa mère a été emmenée par les Allemands dans un camp de concentration, accusée d'avoir caché des soldats français dans sa cave ; un autre fils est prisonnier militaire ; enfin, un troisième fils est parti récemment au régiment.

Elle-même, aurait eu, nous dit-on, au moment de sa fuite, des ennuis et des vexations : on l'aurait prise pour un homme travesti en femme (la malade a des moustaches et de

la barbe). Les soldats français ne consentirent à la laisser partir qu'après l'avoir déshabillée.

Placée comme femme de chambre, dès son arrivée à Paris, elle remplit bien ses fonctions et son entourage ne s'aperçut de rien jusqu'en août 1915, où les premiers troubles apparaissent caractérisés d'abord, par de l'inquiétude et de la tristesse.

Quatre jours avant son entrée, agitation brusque : sort dans la rue, se couche par terre, mange du crottin « pour montrer qu'elle n'est pas une orgueilleuse ». Manifeste des idées d'humiliation, un désir de sacrifice, par des propos très vagues et incohérents. Supplie qu'on la tue, mais ne fait pas de tentative de suicide. Boit du vinaigre, des urines, dans l'intention de s'humilier.

Cet état change peu pendant les premiers mois de son séjour à l'Admission. Périodes d'agitation anxieuse, alternant avec un état de demi-stupeur, de mutisme et de refus de nourriture. Fausses reconnaissances : appelle son infirmière « Mme la Comtesse une telle, etc. ».

Hallucinations multiples : « On pleure ; ce sont mes enfants ».

Au mois de février 1916, gâtisme, voracité, vols d'aliments. Désordre des actes : déchire, se met toute nue, défait constamment ses cheveux. La malade qui prend les attitudes les plus bizarres au lit, qui dénoue ses cheveux, déchire sa chemise, qui n'a aucun souci de se couvrir, aucune pudeur, qui rit sans motif et ne paraît s'intéresser à rien, répond par des propos incohérents, absurdes et à côté, qui gâte et mange gloutonnement, donne l'impression d'une démente, d'autant plus que son état physique est excellent.

La malade, après une résistance à l'alimentation, au début, s'est mise à manger avec voracité.

Mme F..., fut passée, le 14 mars à la Clinique, dans le service du Dr Dupré.

Au mois de juin 1917, un changement se produit : retour vers un état mélancolique et disparition progressive de l'élément confusionnel. La malade commence d'abord par manifester du mécontentement d'être mal habillée, de se trouver parmi des étrangers. Pleure souvent, présente de vagues idées de persécution : son fils est prisonnier par la faute de sa cousine, etc.

Au mois de juin, amélioration notable. Tenue correcte, activité normale. Consciente de sa situation et avoue « qu'elle a eu bien des idées qui l'ont tourmentée » et « bien des cauchemars ».

Sortie à la fin de juillet 1917.

Hérédité. — Ascendants, néant. Collatérale : frères alcooliques.

Antécédents personnels. — Inconnus.

Notons que, pour brusque que parait le début de l'affection mentale, il est précédé par une période de latence du mal : caractère devenu sombre, préoccupations tristes et obsédantes et insomnies. Les émotions pénibles sont survenues au début de la guerre et ce n'est qu'à la fin de septembre 1915, que la psychose s'est déclarée franchement.

Psychose à forme complexe, dont certains caractères sont à rapprocher de la démence précoce. Guérison très douteuse ; il s'agit peut-être d'une rémis-

sion ? Persistance d'une certaine niaiserie, à moins que cette puérilité d'esprit ne soit le fond mental d'une débile constitutionnelle.

OBSERVATION XII. — Mme A... Marie, âgée de soixante-quatre ans, entre à l'Admission, le 21 mars 1915.

Etat de dépression mélancolique. Sentiment de fatigue, de tristesse, de découragement. Anxiété par intervalles, avec répétition monotone des mêmes propos : « Mon enfant, je t'ai trompé, etc. », qui traduisent des idées de culpabilité, des remords. Aucune réponse aux questions. Craintes d'aller en prison, de tomber malade, d'être empoisonnée.

Au mois de février 1916, amélioration très légère. Calme et sommeil bon. Pas d'activité. S'intéresse à ce qui l'entoure. Craintes au sujet de ses enfants et quelques idées de ruine.

Sortie en liberté au mois de mars 1917, après deux ans de séjour dans le service du Dr Dupré.

Les troubles mentaux seraient apparus en janvier 1915. Au début de la guerre, la malade se trouvait en Belgique. Partie rapidement à pied, a fait une marche très longue, a eu des incidents nombreux, très pénibles, est d'abord passée en Hollande, puis fut envoyée à Londres et, de là, à Paris,

Aurait subi des privations, aurait souffert de la faim.

Hérédité maternelle. — La mère de la malade, vers le même âge que celle-ci, avait présenté un accès de dépression ayant motivé un internement de plusieurs mois.

OBSERVATION XIII. — Mme Join..., âgée de soixante et un

ans, habitait Tournan (Seine-et-Marne) et avait fui devant l'invasion allemande en août 1914. Les troubles psychiques auraient débuté à cette époque, si l'on s'en rapporte à son beau-fils.

Placée à l'Asile Saint-Anne en octobre 1915. Pas de désorientation. Conscience relative de son état morbide : « J'ai le cerveau malade depuis un an ; j'ai tenu devant un officier et les gendarmes de Tournan, des propos qu'il ne fallait pas. » Remords. Craintes de châtement. Vagues idées de persécution. Hallucinations de l'ouïe pénible : « On me reproche d'avoir mal parlé ; on me dit qu'on me crévera les yeux ». Agitation anxieuse. A fait plusieurs tentatives de suicide par défénestration, pendaison, égorgement avec un couteau. Refus de s'alimenter : « Ce n'est pas la peine, je ne dois pas manger ».

Aggravation progressive des symptômes mentaux et physiques. Anxiété de plus en plus violente. La malade cherche à se faire du mal en se cognant la tête contre le mur.

La cachexie est très prononcée.

Mort dans un état de marasme, le 18 novembre 1915.

On n'a pas fait d'autopsie par suite de l'opposition de la famille.

A signaler que les parents de la malade sont morts « le cerveau faible ».

OBSERVATION XIV. — Mme L... Jeanne, âgée de trente ans, vient de Reims.

Au mois de novembre 1914, elle a été blessée légèrement à la main et à la tempe. A noter qu'elle allaitait une fillette de onze mois et que celle-ci est morte en janvier 1915, d'une

méningite. Évacuée au mois de novembre de Reims, habite depuis, seule, à Paris, dans une chambre d'hôtel. Le 25 mars 1915, elle fut amenée au Dépôt dans un état d'agitation après avoir causé un commencement d'incendie dans sa chambre, on ne sait comment.

Le Dr Dupré constate un déséquilibre psychique, état d'excitation avec troubles profonds du caractère, irritabilité, crises de colère avec tendances aux violences, impulsions contre son entourage, paroxysme de fureur, crainte d'empoisonnement, désordre des actes. »

A l'Admission, un peu plus calme, très déprimée, pleure. Se rend compte où elle se trouve, donne assez bien quelques renseignements. Elle est triste parce qu'elle n'est plus à Reims et parce qu'elle a perdu son enfant.

Mme L..., est une intermittente : ses accès reviennent tous les ans. Irritable de son naturel, elle l'est davantage à certaines époques de l'année, au printemps. Il y a cinq ans, a été traitée à Reims, à l'Hôtel-Dieu où elle n'est restée que quinze jours. Son niveau mental constitutionnel est très peu élevé.

Transférée le 10 avril à Villejuif, déjà un peu améliorée.

Est sortie du Service du Dr Toulouse, guérie des troubles mentaux qui ont motivé son internement, le 2 mai 1915.

OBSERVATION XV. — Mme Barb... Louise, âgée de cinquante-huit ans, vient de Reims. Les troubles mentaux auraient débuté deux mois avant son internement, pendant le bombardement de la ville.

Entrée le 2 mars 1915, le Dr Dupré fait le certificat suivant :

« Débilité mentale. Etat actuel de dépression avec anxiété »

par intervalles. Idées d'auto-accusation et de ruine, terreur, agitation, hallucinations terrifiantes épisodiques, visuelles et auditives, désordre des actes, insomnie. »

A l'Admission, mutisme presque complet. Négativisme : Refus de marcher, de se laisser examiner. Refus de nourriture par intervalles. Le Docteur Briand, fait le certificat suivant : « Débilité mentale. Dépression mélancolique. Idées de ruine. Négativisme ».

Pendant tout son séjour dans le Service, depuis le 2 août au 21 août, le tableau clinique, décrit dans les deux certificats, mentionnés plus haut, s'est maintenu sans changement. Mutisme presque complet. Inertie. Attitude de demi-stupeur succédant aux périodes d'agitation motrice, la malade se lève brusquement de son lit, cherche à se sauver du dortoir, gémit. Hallucinations probables, qui expliquent peut-être les fugues précipitées du dortoir.

Alimentation assez difficile.

Pas de modification dans l'état de la malade pendant son séjour à Villejuif. Le 10 janvier 1917, elle fut transférée à Châlons.

Mme B... n'avait jamais été malade selon la belle-sœur de celle-ci. Emotions, chagrins ces temps derniers. Privations, misère à Reims. A Paris, mort d'une sœur, quinze jours avant son entrée à l'asile. Tristesse d'abord, ensuite idées de culpabilité, craintes d'être accusée de ne pas payer ses dettes, d'aller en prison.

Syndrome de Basedow fruste : exophtalmie, cœur précipité, tremblement des extrémités. A noter aussi une hypertrichose : barbe et moustaches.

Obs XVI. — Mme L... Médéa, âgée de trente ans, habitait Bruay (Nord), lors de l'envahissement du pays par les Allemands. Partie, avec son père et sa fille, pour la Normandie, désolée de quitter sa maison. N'a pas subi de privations. Son mari est mobilisé, mais se trouve en arrière du front.

Entrée au Dépôt, le 21 octobre 1915. Examinée par le Dr Rogues de Fursac, qui fait le certificat suivant :

« Mélancolie. Idées de culpabilité, à forme obsédante : « l'idée lui vient qu'elle a fait déclarer la guerre, qu'elle a « commis des crimes, qu'elle va être exécutée. Anxiété par « intervalles. Conservation relative de l'auto-critique. Idées « de suicide. Refus d'aliments. Constipation. »

A l'Admission, agitation anxieuse violente, par intervalles. Elle ne sait plus prier, elle aurait mieux fait de s'étrangler. Son nom est un nom maudit. Peut-on s'appeler « Médéa » ? Elle est mariée « malheureusement ». Elle a un seul enfant « malheureusement ». Lamentations continuelles.

Depuis le 26 octobre, Mme L... se trouve dans le service du Dr Dagonet. Nous avons pu l'examiner récemment. Nous n'avons pas trouvé de changement notable dans son état.

Orientation bonne. Mémoire bien conservée, mais idéalisation lente. Les renseignements donnés sont précis, mais peu faciles à obtenir.

Dépression profonde. Idées d'indignité : « elle aurait mieux fait de ne pas venir au monde ; elle est venue avec une tare qui n'est pas ordinaire. C'est un châtement, une malédiction qu'elle mérite. C'est étonnant qu'elle n'ait pas de cornes ; peut-être les aura-t-elle plus tard, lorsqu'elle sera en enfer ? »

Elle ne croit plus que la guerre a été déclarée à cause d'elle : « Elle n'est pas un assez grand personnage ».

Pas de troubles d'affectivité : la malade pleure en parlant de son mari, de sa fille, de sa vie à Bruay.

Alimentation assez difficile : « Je ne mourrai jamais trop tôt ». Inertie. Inactivité : « Je ne sais rien faire ». Isolement des autres malades : « Je ne mérite pas qu'on s'occupe de moi ».

D'après les renseignements, il semble que les troubles mentaux actuels ont apparu peu de temps après son émigration, mais ils se sont développés sur un terrain de tristesse constitutionnelle. Mme L... s'isolait, fuyait la société, ne se liait avec personne, était sombre, ombrageuse facilement. A noter que ses antécédents héréditaires du côté paternel sont chargés : 1° une tante a été internée à l'asile de Bailleul ; 2° une cousine germaine est morte aliénée dans le même asile.

OBSERVATION XVII. — Mme L... Coralie, âgée de quarante-huit ans, a quitté Dunkerque au début de la guerre. A été blessée par un éclat d'obus à l'avant-bras. Impressionnée par le bombardement et sa blessure, mais rien de particulier pendant quelques mois.

Au mois d'octobre 1915, tristesse, préoccupations hypochondriaques.

Entrée le 15 octobre au Dépôt. Les certificats du Dr Dupré et du Dr Briand mentionnent : « Débilité mentale, idées hypochondriaques : elle a le cœur brûlé, tout son corps est en feu ; peur de mourir, paroxysmes d'agitation anxieuse et idées de suicide. »

Vagues récriminations contre sa petite fille : celle-ci lui avait brûlé le ventre par des compresses trop chaudes, cela lui a brûlé le sang, etc... Agitation anxieuse avec craintes diverses : il va arriver malheur aux siens, son mari deviendra fou, etc,...

Refus de nourriture.

Transférée à Villejuif, le 2 novembre, meurt par asphyxie le 4 novembre : le liquide alimentaire a pénétré dans les voies respiratoires.

Nous avons pu avoir quelques renseignements concernant la malade, par son mari. Sa femme était peu intelligente, extrêmement impressionnable, peureuse, méfiante. Ménopause depuis l'âge de quarante ans avec troubles d'insuffisance ovarienne : bouffées de chaleur, rougeur des pommettes, céphalées.

OBSERVATION XVIII. — Mme J..., âgée de trente-sept ans, entre à l'Asile le 12 mai 1915.

Evacuée de Chauny, le 29 août 1914. Tristesse, découragement, inertie. Elle recherche la solitude, refuse de s'occuper, de sortir.

Progressivement, aggravation. Inquiétudes non motivées. Crainte que son mari, mobilisé, ne commette des actes illégaux, qu'il ne soit fusillé. Crainte de la misère. Crainte d'être enceinte. Interrogations incessantes, à ce sujet, à son entourage. Vagues idées de culpabilité.

Insomnie. Anorexie.

Idées de suicide. Pas de tentatives.

Dans le service du Dr Dagonet, où la malade est restée jusqu'au mois de mars 1917, aucun changement ne s'est

manifesté. Pleurs, lamentations, agitation anxieuse ou bien dépression profonde. Sortie, non guérie, sur la demande de sa famille.

Les commémoratifs l'ont remonter le début des accidents à l'évacuation de Chauny, aux émotions et à la fatigue. Elle n'aurait jamais présenté de troubles mentaux.

Mais on relève, dans ses antécédents héréditaires, que sa grand-mère maternelle s'est suicidée, au cours d'une crise de dépression.

OBSERVATION XIX. — Mme L.... Marie, âgée de trente-deux ans, originaire du Pas-de-Calais est³ réfugiée, depuis son évacuation, au séminaire de Saint-Sulpice.

Entrée au Dépôt, le 1^{er} février 1915, venue le lendemain à l'Admission où elle n'est restée que trois jours.

Au dépôt et à l'Admission, on constate de l'excitation psychique avec variations rapides de l'humeur, alternatives de dépression et d'agitation, de loquacité et de mutisme. Plaintes : a eu beaucoup de chagrins depuis la guerre.

Idées délirantes de persécution, mais très vagues, mal systématisées et dirigées contre sa sœur : celle-ci agit mal sur elle par l'intermédiaire d'un bonbon plié dans un papier empoisonné et aussi en piquant des gravures à son intention. Nous ne trouvons pas d'hallucinations. Le délire est singulièrement pauvre, développé sur un terrain de faiblesse intellectuelle constitutionnelle.

Fatigue physique. Insomnie persistante. Misère physiologique. A fait un court séjour à l'Hôpital de la Charité, « pour de la fatigue »

Est sortie guérie de Villejuif, le 18 avril 1915, après une première proposition de sortie, le 27 février 1915, à peine un mois après l'arrivée de la malade.

Il s'agit d'une débile qui a fait, il y a dix ans, un séjour à l'hospice de Saint Jean à Arras, pour un accès d'excitation ; à signaler aussi que, sur dix-sept enfants venus à terme, la malade n'en a que sept vivants. Les dix autres sont morts en bas-âge ; elle est incapable de se rappeler leur nom, de nous dire de quelle maladie ils sont morts ; plusieurs ont eu des convulsions.

OBSERVATION XX. — Mme G... Marguerite, âgée de cinquante neuf ans, entre à l'Asile Sainte-Anne, le 28 mars.

Evacuée de Verdun au mois de janvier 1916.

Tristesse, attitude très déprimée. Aucune conversation spontanée. Découragement. Voix triste. Plaintes Sentiment de fatigue, d'impuissance. Confusion dans les idées

Des enfants à la guerre. Tourments, privations, dit-elle ; pas de renseignements précis.

A la fin de septembre 1917, nous avons pu voir la malade à Ville-Evrard. Aucun changement n'est survenu dans son état, depuis son séjour à l'Asile.

OBSERVATION XXI. — Mme S... Lucie, âgée de trente et un ans, de Saulnes, (Meurthe-et-Moselle), a vécu sous l'occupation allemande jusqu'au mois de septembre 1916

Aurait subi beaucoup de privations.

Au cours de son rapatriement à Annemasse, elle a une crise d'anxiété avec craintes de persécutions.

Cet état s'est aggravé progressivement : « Tout est drôle, comme changé. » Son mari, n'est « pas naturel ». Il lui semble qu'il connaît ses pensées intimes.

Insomnie persistante. Apparitions d'hallucinations de l'ouïe. On l'insulte. Discussion avec son mari qui « ne la croit pas. » Réactions violentes vis-à-vis de son entourage : gifle son mari et promet de recommencer s'il continue à ne pas la croire. Agitation automatique. La malade court dans la chambre, cherche à se sauver.

Placée par son mari, le 1^{er} septembre 1916, un mois et demi environ après le début des accidents.

La malade n'est restée que quelques jours à l'Admission.

Elle est sortie guérie de Villejuif, le 15 février 1917.

Antécédents héréditaires. — Mère aliénée, internée dans une maison de santé.

OBSERVATION XXII. — Mme P..., Emme, âgée de cinquante ans, est une évacuée des Ardennes.

Entre à l'Admission, le 17 janvier 1915.

On constate un état de dépression : agitation anxieuse par intervalles, avec lamentations, craintes non motivées, vagues idées de persécution dirigées contre son entourage.

Préoccupations hypochondriaques : crainte de ne pas guérir d'un ulcère variqueux qu'elle présente à la jambe droite.

Dégoût de la vie. Idées obsédantes de suicide, avec tentatives très nombreuses.

Insomnie persistante depuis plusieurs semaines. Céphalées. Bourdonnements dans les oreilles.

Les troubles mentaux se sont développés depuis la guerre, chez une émotive constitutionnelle, qui se trouve à l'époque de la ménopause et qui a toujours frappé son entourage par une nervosité et une originalité peu communes.

Nous avons perdu la malade de vue.

OBSERVATION XXIII. — Mme R..., Marguerite, âgée de trente-deux ans, entre à l'Asile Sainte-Anne, le 12 septembre 1916.

On constate un état confusionnel, avec dépression, anxiété, hallucinations auditives, illusions visuelles, troubles de la sensibilité générale. Vagues idées inconsistantes de persécution et de culpabilité : « On lui travaille le ventre, mais elle mérite bien cela », « on l'injurie, on la menace, on la calomnie ». Refus d'aliments. Insomnie. Idées et tentatives de suicide ; s'est coupé le poignet à l'aide d'un rasoir. Pâleur, fatigue. Emotions pénibles récentes : bombardement de Nancy, départ de son mari aux armées. Pas de renseignements plus détaillés.

La malade n'est restée que deux jours à l'Admission : elle est partie le 4 septembre 1916 à Ville-Evrard et, de là, fut transférée en province, le 25 janvier 1917. Le certificat du Dr Lwoff, au moment du transtert, mentionne les symptômes suivants : indifférence émotionnelle, sourire non motivé, dissociation dans les idées, tendances à la démence.

OBSERVATION XXIV. — Mme M..., âgée de cinquante et un ans, entre le 20 mars 1916, à l'Asile.

Evacuée de Verdun quelques jours avant son entrée ; errait dans Paris, incapable de renseigner. Présente à son

arrivée un état confusionnel avec hébétude, inquiétudes, frayeurs. Garde un demi-mutisme, ne renseigne pas sur sa situation.

Débilité mentale antérieure. Blésité.

Transférée le 2 mai 1917 en province, sans qu'un changement soit survenu dans son état.

OBSERVATION XXV. — Mme P... Isabelle, âgée de trente-trois ans, entre à l'Asile le 8 mai 1915.

Le début des troubles mentaux caractérisés par des crises de désespoir et par de la dépression psychique remonte au commencement de la guerre, à l'évacuation de Charleville, le 28 août 1917. Inquiétudes au sujet du mari, prisonnier à Ingoldstadt, dont elle n'avait pas de nouvelles et qu'elle croyait mort. Aggravation progressive. Anxiété. Insomnie.

Apprend que son mari est en vie et prisonnier, mais son état continue à s'aggraver. Nostalgie : « Je guérirai à Charleville, je voudrais y retourner ». Lamentations : « Qu'allons-nous devenir, je ne peux pas rester ici ». Idées de suicide ; plusieurs tentatives, d'ailleurs peu sérieuses : a essayé de se serrer le cou avec un mouchoir au cours de ses crises de désespoir.

Guérison et sortie en liberté, le 17 août 1915, trois mois après son entrée.

Mme P... est une émotive, une impressionnable. Selon les commémoratifs.

On constate des stigmates de dégénérescence physique : asymétrie faciale, oreilles mal ourlées.

OBSERVATION XXVI. — Mme L... Berthe, âgée de dix-neuf ans, venue récemment de Reims, entre le 7 mai 1916.

Délire mélancolique caractérisé par de la dépression, idées de suicide, délire polymorphe, état confusionnel et hallucinatoire.

Transférée le lendemain à Villejuif et, de là, le 13 juillet de la même année, en province. A Villejuif, aucun changement ne s'est produit dans son état.

Nous avons perdu la malade de vue.

Les troubles mentaux seraient apparus, si l'on s'en rapporte à la mère de la malade, à Reims. Un obus aurait éclaté près d'elle, ce qui l'aurait beaucoup émue (?)

Les antécédents héréditaires sont chargés : une tante maternelle a été internée pour une accès de délire ; un oncle maternel est idiot de naissance.

*
* * *

Ces 6 observations concernent des femmes ayant fui devant la horde ennemie, dans des conditions plus ou moins douloureuses, soit morales, soit matérielles : Invasion des villes ou villages où elles vivaient tranquillement, obligation de partir inopinément en abandonnant tout leur bien et, souvent, des membres de leur famille ; émigration lamentable vers l'inconnu, justifiant la crainte du lendemain, préoccupations tristes de toute nature ; d'autre part, marches fatigantes, manque de sommeil et pénurie

de nourriture, telles étaient les causes des souffrances morales et de la diminution de la résistance physique. Les unes et les autres ont leur importance, mais, comme toutes aboutissent à un épuisement physique, c'est, pour nous, ce de nier facteur qui domine la scène.

Or, chez la plupart, nous avons constaté une misère physiologique, au moins passagère : c'est elle qui, amoindrissant la résistance vis-à-vis des secousses émotionnelles, a permis le déclenchement de la psychose.

Certaines nous sont arrivées très peu de temps après leur triste émigration (Obs. I, III, IV, V, VI, etc...) dans un état physique tellement précaire qu'on pouvait penser à une maladie générale.

Si, parfois, un intervalle de plusieurs mois, sépare la secousse morale de l'éclosion des antécédents aigus, nous avons pu retrouver pendant cette période des troubles mentaux latents, caractérisés par une nervosité, une inquiétude morale aggravée par des insomnies, une négligence totale de l'alimentation et des soins d'hygiène, sorte de cercle vicieux rendant difficile l'interprétation du déterminisme pathogénique des accidents (Voir obs. II, X, XI, XII et autres).

Rappelons enfin, que presque toutes nos malades étaient des prédisposées avérées. Chez quatre, seulement, sur 26, nous n'avons relevé aucune tare constitutionnelle ni acquise, mais nous devons signaler que nos renseignements à leur sujet, n'étaient pas complets.

OBSERVATIONS DU DEUXIÈME GROUPE

OBSERVATION XXVII. — M^{me} Oul..., âgée de trente et un ans, est trouvée par les agents, le 12 février 1915 au bord du lac du bois de Boulogne, où elle errait depuis une semaine dans l'intention de se noyer. *Son mari a été tué*, le 2 octobre 1914. Depuis, découragement profond, pleurs, anxiété, rayeur, désespoir, désir de mourir, projets de suicide, mais pas de tentative.

Arrivée à l'Admission dans un état de misère physiologique assez marquée. Pâleur de la face, amaigrissement considérable, haleine fétide, état saburrhal des voies digestives. N'a pas pris de nourriture depuis une semaine : « Puisque je n'avais pas de volonté de me noyer, nous dit la malade, j'étais décidée à me laisser mourir de faim ».

Parfaitement orientée dans le temps et dans l'espace, la fugue au bois de Boulogne, paraît amnésique ; la malade raconte bien comment elle avait passé le temps.

Très déprimée ; crises de larmes fréquentes.

Pas d'idées délirantes, pas de troubles sensoriels.

La malade est sortie de Villejuif, du service du Dr Toulouse, le 29 mars, donc peu de temps après son entrée, guérie des troubles mentaux ayant motivé l'internement.

Voilà donc une malade chez laquelle les émotions

pénibles paraissent avoir joué un rôle presque exclusif dans la détermination d'une dépression mentale affective simple, d'un désespoir aigu et des idées de suicide.

Mais M^{me} Oul... est une personne très nerveuse, très impressionnable, encline au désespoir ; d'autre part, à Villejuif, elle avait eu, le 16 mars, vers le matin, deux crises consécutives, à peu d'intervalle, et qui, toutes deux, ont été vues et décrites par une infirmière expérimentée. Plusieurs signes notés sont caractéristiques des crises épileptiques :

Brusquerie de la crise, perte de connaissance, cyanose de la face et des lèvres, écume à la bouche, qui est fortement serrée et grimaçante. Convulsions généralisées, avec prédominance des secousses du côté droit. Incontinence d'urine. Légère élévation de température (37°8). Respiration stertoreuse.

Amnésie complète des deux crises. M^{me} Oul... prétend n'en avoir jamais eu. Somnolence, fatigue qui a duré toute la journée.

Les émotions pénibles ont donc seulement favorisé l'apparition des accidents chez une émotive constitutionnelle et qui est, de plus, probablement, une épileptique.

OBSERVATION XXVIII. — Mme Chaun..., âgée de quarant^e sept ans, présente, à son entrée, le 17 mars 1916, un état de tristesse, craintes, anxiété, pleurs, lamentations. Elle manifeste des idées de suicide.

Début, il y a quatre mois, à la mort de son mari. « Les

nerfs la prenaient ». Ne dort plus, ne mange plus. Craintes de la misère. Accès de désespoir. Invocations à la mort : « Tuez-moi tout de suite ». Vagues idées de culpabilité.

A dater du mois de juillet, moins anxieuse ; ne s'occupe pas dans la journée. Dort mal, gémit dans la nuit.

Aggravation nouvelle au mois de janvier 1917. Anxiété. Demande qu'on l'envoie en prison. Se croit perdue depuis qu'elle est venue à Sainte-Anne. « C'est une faute qu'elle aura à expier ».

Au mois de février 1917, amélioration très marquée. A renoncé à ses craintes d'emprisonnement. Alimentation et sommeil bons.

Sortie en liberté le 12 février 1917.

Pas d'aliénés dans la famille ? A noter que la ménopause s'est établie à l'âge de quarante ans.

Caractère calme et égal ; n'a jamais eu de troubles mentaux.

OBSERVATION XXIX. — Mme Wat..., âgée de cinquante ans, entre à l'Asile, le 22 juin 1915.

Etat de dépression, avec agitation anxieuse. Plaintes : Gémissements. Craintes de persécution. Légère confusion dans les idées. Insomnie.

D'après les renseignements, les troubles mentaux se seraient développés à la suite des émotions pénibles, dues à la mort de son mari, resté dans les régions envahies, et tué par les Allemands.

Inquiétudes au sujet du fils mobilisé et qui n'a pas donné de nouvelles depuis plusieurs mois.

Mme W... est une émotive, qui a des crises nerveuses fréquentes, probablement hystériques.

Sortie guérie. le 3 août 1915.

OBSERVATION XXX. — Mme Les... Marthe, âgée de vingt-sept ans, entre le 22 mars 1916.

Excitation maniaque Divagation, cris, chants, rires, fuite d'idées et vague conscience de la nature morbide de son état.

Les troubles mentaux dateraient de six mois et sont attribués, par les parents, aux chagrins dus à *la mort du mari*, tué à la guerre en décembre 1914.

Mais il s'agit, probablement, de manie intermittente. En 1913, la malade a déjà été internée à l'Asile d'Auxerre pendant six semaines.

OBSERVATION XXXI. — Mme Del... Marie, âgée de trente-trois ans, présente à son entrée à Sainte-Anne, le 28 août 1916, un état de dépression profonde.

Tristesse, crises de désespoir. Craintes obsédantes de la misère, de maladies, d'accidents divers qui l'empêcheraient de s'occuper de ses enfants.

Pas de confusion mentale. Lenteur de l'idéation, mais orientation bonne et conscience relative de la morbidité de son état.

Hallucinations auditives très élémentaires. On tape dans le mur. Elle entend son mari l'appeler par son nom.

Les troubles mentaux dateraient du jour de la nouvelle de *la mort de son mari*. Négligence de sa personne, insomnie, anorexie. Aggravation progressive. Amaigrissement marqué.

La malade fut transférée à Ville-Evrard quelques jours après son entrée à l'Asile.

Nous avons appris qu'elle est décédée, le 7 septembre 1916. Inanition progressive par refus de nourriture et vomissement du liquide alimentaire.

Nous ne relevons pas d'antécédents héréditaires, mais nous apprenons que Mme Del... était très triste de son naturel, très sensible, impressionnable.

OBSERVATION XXXII. — Mme Dion, âgée de trente-trois ans, entre dans le Service, le 17 octobre 1916.

État de dépression, tristesse, découragement, aboulie. Vague idée de persécution. Craintes de la misère. Hallucinations élémentaires : tapage, bruits suspects, goût amer des aliments. Inquiétude, attente de malheurs.

Orientation exacte et conscience relative de sa situation.

Cet état s'est développé, nous dit-on, à la suite du chagrin éprouvé par la malade, à la nouvelle que son *mari*, *prisonnier en Allemagne*, était amputé d'une jambe.

La malade est sortie à la demande de son beau-frère, quelques jours à peine après son entrée.

OBSERVATION XXXIII. — Mme C..., âgée de quarante-trois ans, entre le 14 décembre 1915.

Mélancolie anxieuse ; gémissements qui révèlent des idées obsédantes de suicide. La malade semble absente, ne paraît pas entendre les questions ; reste sombre, inerte ou bien s'agite, pleure, se tord les bras, supplie qu'on la tue.

On signale un choc émotionnel intense, précédant immédiatement l'apparition des troubles. Mme C..., se serait

rendue à Lunéville pour voir son mari mobilisé et aurait appris sa mort en y arrivant.

Nous avons perdu cette malade de vue.

OBSERVATION XXXIV. — Mme G... Jeanne, ménagère, âgée de trente-deux ans, entre le 27 juillet 1915.

Dépression mélancolique. Tristesse. Découragement. Idées de culpabilité : elle a tous les défauts, elle est la cause de la mort de ses parents, de son mari. Inertie. Demi-mutisme. Réponses aux questions, mais après insistance, et très brèves. Orientation bonne.

Tendance aux idées de suicide.

Les renseignements nous furent donnés par un ami de la malade, très incomplets d'ailleurs, et ne nous disent rien de son passé, ni de ses parents. L'entourage attribue la cause de la maladie à *la mort de son mari*, tué à la guerre, au mois de juin 1915 ; les idées mélancoliques auraient débuté immédiatement après l'annonce de la mauvaise nouvelle.

Guérison et sortie en liberté, le 2 septembre 1915.

OBSERVATION XXXV. — Mme P... Berthe, âgée de trente-quatre ans, entre le 27 mai 1915.

Dépression profonde. Sentiment d'ennui, découragement. Scrupules. Tendance aux idées de culpabilité : elle n'a pas toujours fait son devoir. Vagues préoccupations mystiques, désir de se confesser, de prier.

Idées de suicide.

Insomnie. Anorexie. Céphalée. Aménorrhée : depuis deux mois n'est pas réglée.

Pas de renseignements d'amis ou de famille. La malade prétend qu'elle est tombée progressivement dans un état de dépression sous l'influence de l'inquiétude au sujet de son mari mobilisé et dont elle n'avait pas de nouvelles depuis plusieurs mois. Avisée, mais non officiellement, que son *mari a été tué* au mois d'avril, un mois avant l'entrée de la malade à l'Asile.)

Sommeil mauvais, négligence de s'alimenter, désir de mourir.

Guérison et sortie en liberté, le 27 novembre 1915.

OBSERVATION XXXVI. — Mme G. . Marguerite, âgée de trente et un ans, entre le 15 novembre 1916, au service de l'Admission.

Elle présente un état de dépression mélancolique. Anxiété violente par intervalles qui alterne avec une attitude de prostration. Gémissements, réponses par signes de tête, par monosyllabes. Tendance aux idées d'auto-accusation, mal formulées dans des lamentations interrompues sans cesse. Résistance à l'alimentation.

Cet état se serait développé à la suite du choc émotionnel causé par *la mort du mari* de Mme G..., tué à la guerre au mois de novembre 1914. Un intervalle de deux ans environ sépare l'émotion de l'apparition des premiers troubles mentaux. Soucis pécuniaires, chagrins domestiques, la malade avait été forcée de se séparer de ses enfants pour travailler.

A manifesté, à maintes reprises, des idées de suicide ; a cherché à se jeter sur les rails du chemin de fer de Ceinture.

Nous ne savons pas ce que la malade est devenue.

OBSERVATION XXXVII. — Mme M..., âgée de cinquante et un ans, entre à l'Admission, le 12 décembre 1914.

Elle présente une alternance d'excitation et de dépression. Sa mobilité d'humeur est extrême : Chants ou pleurs, loquacité ou mutisme. Fuite extrême des idées avec propos tout à fait décousus, insaisissables. Ne répond à aucune question, ne s'aperçoit même pas qu'on l'interroge. Inertie, prostration, ou bien agitation motrice désordonnée.

Le début des troubles mentaux remonterait à huit jours. *Son fils a devancé l'appel et s'est engagé.* Désespoir chez la mère, crainte qu'il ne soit tué. Lamentations : « Je ne le verrai plus » Agitation progressivement croissante.

Mme M... est, nous dit son parent, « une personne impressionnable, qui s'exalte rapidement, qui a le désespoir facile. »

Menstruation régulière encore chez une femme de cinquante-trois ans.

Nous ignorons ce que la malade est devenue.

OBSERVATION XXXVIII. — Mme Char... Marcelle, âgée de trente-quatre ans, entre dans le service, le 12 août 1917.

Mélancolie anxieuse, s'étant déclarée le jour de la *mobilité du mari* de la malade, nous dit-on, mais à la vérité, l'accès caractérisé par des crises de désespoir, des contorsions, des pleurs, par le refus de nourriture, s'est greffé sur un état de dépression antérieur datant déjà de deux mois, durant lequel la malade a essayé de se suicider à plusieurs reprises.

Amélioration et sortie en liberté le 27 janvier 1915.

OBSERVATION XXXIX. — Mme Str... Gabrielle, âgée de trente-quatre ans, institutrice:

A l'Admission, à son entrée, en mars 1915, on constate un état d'excitation maniaque, avec désordre dans les idées et dans les actes, et une tendance aux violences. Il est impossible de fixer l'attention de la malade ; les réponses aux questions sont faites un peu au hasard. Confusion dans les idées. Possibilité d'hallucinations psychiques : est inspirée par des voix « intérieures », entend dire « intérieurement » : fais ton devoir, etc...

Nous avons pu voir la malade à la fin du mois de septembre à Ville-Evrard dans le service du D^r Lvoff.

Etat de dépression, demi-mutisme. Idéation très lente, confuse. Mouvements lents, peu d'activité : coud, brode, mais a besoin d'être dirigée. Pas d'inaffectivité, ni d'indifférence ; paraît très contente lorsqu'on s'occupe d'elle, reçoit avec beaucoup d'affection son mari et son enfant.

D'après les renseignements, peu complets d'ailleurs, que nous avons eus par sa belle-sœur, Mme Str... serait tombée malade brusquement, le jour du *départ de son mari aux armées*.

Impressionnée aussi, dit-on, par les zeppelins. Elle a toujours été d'un tempérament bizarre, nerveux, « inquiétant ». Pas d'aliénés (?) dans la famille.

OBSERVATION XL. — Mme E..., âgée de vingt-six ans, entre à l'Admission le 16 août 1914.

Dépression mélancolique. Etat confusionnel. Mutisme habituel. Anxiété par intervalles, avec plaintes : tout la dégoûte, elle n'a plus de courage. Refus de nourriture.

Les troubles mentaux auraient débuté *immédiatement après le départ de son mari aux armées.*

La malade a été transférée à Maison-Blanche, le 19 août 1914, et, de là, lors de l'évacuation des Asiles de la Seine, au mois de septembre 1914, en province. Nous ne savons pas ce qu'elle est devenue.

Mme E... est une débile mentale et physique; son frère nous a dit qu'elle a toujours été « nerveuse et impressionnable ».

OBSERVATION XLI. — Mme H... Augustine, âgée de trente ans, entrée à l'Admission le 13 avril 1916,

Dépression mentale. Crises de désespoir avec agitation désordonnée. Pleurs. Lamentations. Orientation bonne. Conscience relative de son état. Vagues idées de suicide.

La malade raconte qu'ayant appris brusquement, que son *mari était blessé* : elle était tombée sans connaissance.

Amélioration rapide de l'état avec retour au calme et à la lucidité.

Le 3 juin, dans le Service, on annonce à la malade, la mort de son mari. La nouvelle est bien supportée. Sortie en liberté le 3 juin.

Mme H... est une émotive constitutionnelle, irritable, sujette aux crises de larmes, sans le moindre motif. Aux incursions de zeppelins a déjà eu « des peurs », *avec crises ??*

A bien supporté la nouvelle de la mort de son frère tué à l'ennemi.

Pas de renseignements au sujet de sa famille.

Sa mère aurait été très « peureuse ».

OBSERVATION XLII. — Mlle P..., Fernande, âgée de vingt-sept ans, entre dans le Service le 28 juin 1915.

Etat confusionnel.

Anxiété continue avec paroxysmes, crainte d'être tuée, torturée. Vagues idées de culpabilité : « Si on veut lui faire du mal, c'est qu'elle le mérite ». Hallucinations. Interprétations fausses des bruits, des attitudes des gens qui l'entourent.

Refus de nourriture par intervalles : elle ne doit pas manger.

Très améliorée vers le mois de septembre, sort guérie le 17 octobre 1915.

Mlle P... est une hyperémotive constitutionnelle, d'après les renseignements qui nous ont été donnés par le père. Elle n'a jamais déliré, mais ne supportait aucune contrariété. Avait des crises de larmes fréquentes.

L'accès aurait succédé à l'incursion des zeppelins.

La malade présente des stigmates de dégénérescence ; asymétrie faciale, malformation des oreilles, rétraction du mamelon gauche.

OBSERVATION XLIII. — Mme F... Marie, cinquante-six ans, entre à l'asile le 16 août 1917.

Etat de dépression profonde avec période d'agitation anxieuse. Craintes de persécution : entendait des frôlements derrière sa porte ; il y avait des allées et venues très suspectes dans sa maison. On devait l'épier à travers la serrure. On avait tendu des fils électriques dans sa chambre : « C'est un enchaînement de choses très extraordinaire ».

Cet état aurait débuté après le *départ de son fils* pour Toul, le deuxième jour de la mobilisation. Inquiétude, insomnie ; en huit jours, Mme F... a changé trois fois de domicile, pour éviter les persécutions.

Tous ces renseignements nous sont donnés par Mme F... elle-même ; nous n'avons vu personne de son entourage.

La malade F... présente un syndrome de Basedow fruste : légère hypertrophie du corps thyroïde ; tachycardie (le pouls est à 100) ; tremblement des mains. Pas d'exophtalmie.

OBSERVATION XLIV. — Mme D..., Victorine, âgée de quarante-cinq ans, commerçante, entre le 8 octobre 1914.

Dépression simple. Aboulie. Scrupules. Vagues craintes de persécution. Idées obsédantes de suicide.

La malade s'est trouvée à la tête d'un commerce important, après le départ de son mari, vers la fin d'août. Craintes de ne pouvoir suffire à la tâche et de faire périliter la maison. Doutes. Inquiétudes au sujet de la possibilité d'erreurs dans les comptes, etc. Négligence de la nourriture. Conscience de la nature morbide de son état.

Amélioration et sortie en liberté, le 16 octobre 1914, après quelques jours seulement de repos et d'alitement.

Hérédité : Une tante maternelle a été internée.

OBSERVATION XLV. — Mme C... Marie, âgée de quarante-six ans, entre le 2 juin 1916.

Dépression mélancolique. Crises de désespoir. Lamentations. Demi-mutisme.

Etat développé sous l'influence d'une forte émotion. Arrêtée à l'occasion d'une scène de violence, au cours de laquelle la malade a brutalisé les agents chargés de l'arrestation de son mari, insoumis militaire.

Amnésie des faits de la crise coléreuse au Dépôt et à l'Admission.

Nous avons perdu la malade de vue.

OBSERVATION XLVI. — Mme V..., âgée de quarante-cinq ans, entre à l'asile le 8 novembre 1914.

Excitation psychique. Loquacité. Léger état confusionnel. Imprécision des dates. Désordre des idées et des actes. Vagues idées de persécution dirigées contre sa femme de ménage. Craintes d'empoisonnement, inquiétudes. Est partie de Bolbec à Paris, avec détour par le Havre, Caen, Rouen, pour des renseignements « sur l'état de la guerre. Les journaux mentent tous ». La malade est d'ailleurs peu préoccupée de trouver des explications à son voyage : « Elle avait envie de se promener. »

Les troubles mentaux auraient débuté un mois après la déclaration de guerre. Préoccupations au sujet d'un fils mobilisé, qui se trouvait à Verdun. Peu de temps après, Mme Vard... affirme « que les journaux mentaient, qu'il n'y avait pas de guerre, que tout était une comédie ».

De plus en plus surexcitée, mais continue à diriger son petit commerce de papeterie, tant bien que mal. Néglige de prendre ses repas, ne s'occupe plus de son intérieur. Enfin, profitant de l'absence de sa fille, part et prend le train « pour aller aux renseignements ».

Arrivée à Paris, chez son fils, a tenu des propos incohérents et fut amenée, par celui-ci, à l'Asile.

Mme V..., a été placée, un mois après à Charenton. A son départ de l'Asile, améliorée légèrement. Attitude plus calme, moins de logorrhée. Conserve les mêmes incertitudes quant à la réalité de la guerre.

A l'âge de trente-quatre ans, à la mort de son mari, notre malade avait été atteinte de dépression mélancolique et traitée dans une maison de santé.

OBSERVATION XLVII. — Mlle D..., âgée de vingt-six ans, couturière de profession, vient à Sainte-Anne, le 17 novembre 1914.

Tristesse. Crises de désespoir. Obsessions de nature mystique et érotique. Lorsqu'elle prie, une idée s'impose immédiatement à elle : Dieu a des organes génitaux. Lutte, mais impossibilité, pour elle, de chasser cette idée, d'où scrupules, craintes de châtement, anxiété. Idées de suicide obsédantes.

Cet état s'améliore rapidement. Le 19 janvier 1915, sortie en liberté.

Au début de la guerre, départ de deux frères aux armées. Emoi chez la mère et chez la fille qui, toutes les deux, passent leurs journées à prier, chez elles, à l'église, restant à genoux pendant quatre heures de suite, négligeant tout repos. Chez la fille, évolution progressive des troubles mentaux ayant motivé l'internement.

Mlle D... est une débile, impressionnable, sujette aux scrupules de toute nature; sa mère, simple d'esprit, est une mystique; un de ses frères a présenté des troubles mentaux passagers et, notamment, des idées de persécution.

OBSERVATION XLVIII. — Mme S..., âgée de soixante-trois ans, Anglaise, a été surprise par la guerre, en Suisse. Voyage très fatigant de Suisse à Paris, qui a duré une semaine entière, avec des arrêts très prolongés à différentes stations et des difficultés au sujet des pièces d'identité.

Arrivée à Paris, le 16 août, elle fut renversée, le 18 août, par un cycliste, dans la rue et, à la suite de cette chute, a présenté des troubles mentaux qui ont motivé son internement.

A l'Admission, confusion mentale avec inconscience de sa situation. Désorientation, agitation automatique et désordre des actes. Excitation et anxiété par intervalles, incohérence et monotonie des propos relatifs à son récent voyage de Suisse à Paris.

Le lendemain, orientation meilleure. Souvenirs précis des faits jusqu'à son arrivée à Paris; lacunes de mémoire, portant sur une période de vingt-quatre heures à peine, et comprenant les circonstances de sa chute et de son internement. Anxiété revenant encore par intervalles.

Amélioration très rapide.

Sortie en liberté le 3 septembre.

Cet accès confusionnel, éphémère pour ainsi dire, est survenu à la suite d'émotion, chez une femme déjà âgée, exténuée par un voyage long et fatigant et par le manque de sommeil; enfin, il n'est pas impossible que la chute ait contribué à l'apparition des accidents.

OBSERVATION XLIX. — Mme L... Jeanne, âgée de quarante trois ans, entre à l'Admission, le 4 mai 1915. On constate à l'arrivée, l'état suivant :

Dépression intellectuelle. Découragement, indifférence,

dégout de la vie. Aboulie. Sentiment d'impuissance. Craintes de la misère. Anxiété par intervalles. Idées de suicide obsédantes.

Nous n'avons pas eu de renseignements sur les antécédents héréditaires de Mme L..., mais l'accès aigu s'est développé progressivement chez une mélancolique constitutionnelle, atteinte de phobies (craintes de sortir seule dans la rue, de rester seule dans l'obscurité), sujette aux scrupules et aux idées de doute (crainte d'avoir mal agi, hésitations continues), dont l'état physique était, de plus, très médiocre depuis une fièvre typhoïde contractée au mois d'avril 1914. Depuis le début de la guerre, préoccupations au sujet de ses parents restés à Strasbourg, dont elle était sans nouvelles.

Tentative de suicide, par absorption de liqueur de Labarraque, qui motiva l'internement.

Amélioration assez rapide et sortie en liberté, le 11 septembre de la même année.

OBSERVATION L. — Mlle S... Marguerite, âgée de seize ans, née en Alsace, domestique chez des Alsaciens à Paris, Ses parents sont restés en Alsace, depuis la guerre elle est sans nouvelles d'eux. Très inquiète au sujet de ses deux frères mobilisés dans les rangs allemands.

Entre à l'asile Sainte-Anne, le 18 décembre 1914.

Etat confusionnel. Désorientation. Propos décousus à caractère surtout patriotique : elle est Française, ses parents sont Français ; pas gentil Guillaume, pas gentils les Allemands ; ils démolisent les maisons, etc...

Alternatives d'excitation et de dépression, gesticulations, lamentations, pleurs. Pas d'hallucinations.

Cet état s'amende très rapidement. Quinze jours, à peine après son entrée à l'asile, l'amélioration est appréciable. Orientation bonne. Plus d'anxiété. Persistance d'une légère tristesse qui ne tarde pas à se dissiper. Activité normale.

Sort complètement guérie, le 3 mars 1915.

Au début de la guerre, préoccupations au sujet des siens restés en Allemagne, scrupules, honte de ce que ses frères servent dans les rangs ennemis. Crainte que cela ne soit connu des voisins. Tristesse, mauvais sommeil. Alimentation insuffisante ; aménorrhée. Idées de suicide d'abord vagues. Enfin crises de désespoir, tentatives de suicide ; a essayé de se jeter par la fenêtre.

Cette jeune fille fut atteinte de méningite à l'âge de sept ans et, plus tard, d'un accès de chorée, sous une forme légère mais prolongée.

Elle est irritable, assez instable, très susceptible, pleurant pour des futilités.

Dysménorrhée habituelle, dès le début de la formation.

Un de ses frères, instable, fait des fugues.

OBSERVATION LI. — Mlle C..., âgée de trente-neuf ans, originaire d'Alsace, entre le 10 août 1917.

Agitation anxieuse. Périodes d'excitation et de dépression. Pantophobie.

D'après les renseignements, les troubles mentaux auraient débuté récemment à la suite d'émotions et de préoccupations

pénibles chez une femme qui a toujours été considérée par les siens comme *fantasque et originale*.

Deux de ses frères sont partis aux armées. Son père est resté en Alsace (il aurait été fusillé par les Allemands) :

Nous avons perdu la malade de vue : elle fut transférée à Maison-Blanche, et, de là, en province.

OBSERVATION LII. — Mme J... Anne, âgée de quarante ans, gouvernante.

Est arrivée d'Alsace par Bâle et Belfort, le 19 décembre 1917 ; dit qu'on l'avait arrêtée à la frontière parce qu'on l'avait prise pour une espionne allemande ?

A demandé elle-même son internement, car ses voisins dirigeaient contre elle, des tracasseries depuis qu'elle était revenue d'Alsace.

A son arrivée dans le Service, le 10 juin 1915, la malade est très anxieuse, avec une agitation extrême par intervalles. Pas de confusion dans les idées. Idées de persécution : On l'empoisonne, on la fait passer pour une femme déloyale, on la vole.

Illusions et hallucinations de l'ouïe : on l'appelle « boche », on lui dit que la guerre entre la France et l'Allemagne, n'existe pas...

Transférée à Villejuif, la malade est sortie améliorée (?) au mois de juillet.

Nouvelle entrée au mois de novembre 1915. Même tableau clinique qu'à sa première entrée. Arrêtée dans un magasin au cours d'un accès anxieux, en train de se déguiser en homme pour échapper au mauvais parti qu'elle redoutait de la part de la foule dans la rue, qui la poursuivait, la montrant du doigt, l'appelait « boche ».

Mlle J... est une déséquilibrée, avec des stigmates de dégénérescence physique.

OBSERVATION LIII. — Mlle Fritch..., née au Duché de Bade, âgée de vingt-neuf ans, entre à l'Admission, le 6 mai 1916.

Elle a été arrêtée pour vagabondage et pour infraction à l'arrêté concernant les Allemands.

A fait une tentative de suicide au Dépôt où elle se trouvait en prévention, a brisé une cuvette et s'est pratiqué une profonde entaille à la face antérieure du poignet droit.

Dépression psychique avec tristesse, découragement. Idées obsédantes de suicide, « elle ne sait que faire [de sa vie] ». Demi-mutisme qui paraît volontaire.

A l'Admission, la malade a essayé de s'étrangler avec une bande de tarlatane de son pansement.

Transférée à Ville-Evrard, le 10 mai.

Très améliorée déjà vers la fin du mois de mai 1916; n'est sortie en liberté qu'au mois de février 1917.

Mlle Fritch... est une hyperémotive constitutionnelle, avec troubles de la réflexivité, instabilité vasomotrice, érétisme cardiaque, sous l'influence de l'émotion, même banale.

OBSERVATION LIV. — Mlle Wolf., âgée de trente ans, arrive à l'Asile Sainte-Anne, le 7 janvier 1915.

C'est une Allemande, chez laquelle les troubles mentaux ont débuté brusquement et récemment. Elle devait être expulsée et dirigée sur Flers.

Agitation anxieuse avec sanglots, lamentations, désespoir.

craintes de la mort. Alternatives d'excitation et de dépression.

Pas de renseignements. Nous ne savons pas ce que la malade est devenue.

OBSERVATION LV. — Mlle Kat..., âgée de cinquante-deux ans, entre à l'Asile le 9 octobre 1914.

Dépression profonde. Demi-mutisme. Parole lente. Hésitations. Découragement. Indifférence, dégoût de tout. Craintes d'être fusillée, d'être prise pour une espionne.

Polonaise autrichienne, s'est trouvée, à la déclaration de guerre, sans pièces d'identité; elle les avait confiées à son patron, Roumain, chez qui elle était cuisinière et qui se trouvait justement absent de Paris. Elle eut des difficultés pour obtenir son permis de séjour. Inquiétudes à ce sujet. Craintes de persécution de la part de la concierge, des domestiques, des voisins : ils vont la dénoncer, on va la fusiller comme Autrichienne, etc...

Idées de suicide, pas de tentative. Négligence de la nourriture. Mauvais sommeil. Amaigrissement. Ménopause depuis un an.

Dans le service où la malade est restée jusqu'au mois de mars 1915, périodes de mutisme complet, avec refus de nourriture, craintes d'empoisonnement (ne buvait que de l'eau qu'elle allait chercher elle-même au robinet et ne mangeait que du pain), alternant avec des accès d'agitation anxieuse, tendance à fuir, pantophobie, « on vient la chercher pour la mettre en prison, elle sera fusillée ».

En janvier 1916, apparence de calme, alimentation plus régulière, sommeil meilleur. Persistance de vagues idées

délirantes, à thème très pauvre et invariable, basé uniquement sur de fausses interprétations. Activité assez régulière. Indifférence intellectuelle et affective. La malade ne demande jamais rien, ne lit pas de journaux, ne paraît pas s'intéresser à son sort, accepte bien sa situation à l'Asile.

Transférée en cet état, en province, nous l'avons perdue de vue.

Nous n'avons pas eu de renseignements concernant ses antécédents héréditaires.

Mme H... est considérée, par ses patrons, comme une simple d'esprit, à caractère méfiant et renfermé,

OBSERVATION LVI. — Mme C..., âgée de trente-sept ans, est entrée à l'Admission, le 12 août 1915.

Etat de dépression intellectuelle avec tristesse et pleurs fréquents. Légère confusion dans les idées. Fausses reconnaissances : reconnaît son mari dans la maison. Illusions et hallucinations hypnagogiques ; visions d'incendies, de ruines. Anxiété par intervalles, avec mimique de frayeur.

Plusieurs tentatives de suicide.

La malade est restée du 12 août au 3 septembre, à l'Admission, sans modification importante dans son état. Moins d'anxiété, cependant, tristesse profonde, demi-mutisme. Aucune parole spontanée. Gémissements.

Transférée à Villejuif, est sortie « guérie des troubles mentaux qui ont motivé l'internement », le 28 janvier 1916.

Il persiste une hyperémotivité constitutionnelle, caractérisée par une susceptibilité marquée, un éner-

vement facile, de la tachycardie et des troubles vasomoteurs sous l'influence de la moindre émotion.

L'accès qui a motivé l'internement n'était qu'un épisode aigu, survenu chez une névropathe constitutionnelle, peut-être un peu surmenée, sous l'influence des préoccupations au sujet de son mari, mobilisé et exposé au front. Infirmière dans un hôpital militaire, aurait eu un service pénible (?) à assurer. Quoiqu'il en soit, Mme C..., est considérée, par les siens, comme une exaltée, une anormale. Son hérédité est chargée. Son père est mort dans un accès de *delirium tremens*. La sœur de son père était épileptique.

OBSERVATION LVII. — Mme P... Jeanne, âgée de trente-deux ans, entre à l'Asile Sainte-Anne, le 29 avril 1915.

On constate l'état suivant :

Agitation anxieuse, avec réactions désordonnées et incohérentes des propos. Élément confusionnel et hallucinatoire important. Pantophobie. Mauvais état général. Amaigrissement. Fatigue.

Le début des troubles mentaux remonterait aux premiers jours d'août, immédiatement après le départ de son mari aux armées : abattement, tristesse, insomnie. Aggravation progressive.

Nous n'avons pu compléter ces renseignements.

Son état s'est rapidement amélioré et elle est sortie guérie, le 6 juin 1915.

OBSERVATION LVIII. — D..., âgée de soixante ans, entre dans le service, le 6 avril 1915.

Dépression profonde, avec crises de désespoir, lamenta-

tions. Craintes de la misère. Idées délirantes d'indignité et de culpabilité. Tentative de suicide.

Cet état aurait débuté au mois de septembre 1914. Mme D... était inquiète au sujet de son fils, de son gendre, l'un et l'autre au front.

Insomnie. Négligence des soins élémentaires. Amélioration assez rapide, mais l'état mélancolique persiste.

Débilité mentale originelle.

OBSERVATION LIX. — Mlle Mul..., âgée de dix-neuf ans, domestique, entre à l'Asile le 16 juillet 1916.

Excitation psychique. Volubilité. Déclamations, propos décousus et incohérents. On saisit, cependant, quelques idées mystiques : « elle est la fille de Dieu, elle ira vers Dieu, en aéroplane ».

Attention impossible à fixer. Contorsions, divagations en réponse à chaque question. Fausses reconnaissances : elle connaît cet endroit, les personnes qui se trouvent ici ; elle les nomme, croyant reconnaître ses amis. Mobilité extrême de l'humeur : gaieté, enjouement, ou tristesse et anxiété. Résistance à l'examen physique. Refus de nourriture.

Il s'agit d'une Alsacienne chez laquelle l'accès aurait débuté brusquement à la mort de ses deux frères tués dans les rangs allemands.

Nous n'avons pas eu d'autres renseignements et nous ignorons ce que cette malade est devenue.

OBSERVATION LX. — Mme Mout..., âgée de quarante-et-un ans, entre à l'Asile, le 13 août 1917.

Etat confusionnel, désorientation complète. Alternatives

d'excitation et de dépression. Mutisme complet par intervalles. Mimique traduisant une frayeur intense.

Troubles psycho-sensoriels. Répliques à ses interlocuteurs.

Etat saburral des voies digestives. Léger état fébrile à son entrée. Température normale deux jours après.

Les troubles mentaux auraient débuté brusquement le jour de la déclaration de guerre. Aucune émotion personnelle, le mari de la malade n'était pas mobilisé.

Un frère de Mme Mout... s'est pendu.

OBSERVATION LXI. — Mme Meuc... Victorine, âgée de trente-sept ans, est entrée à l'Asile Sainte-Anne, le 23 octobre 1915.

Vivait seule avec un enfant âgé de onze ans : très déprimée depuis le départ de son mari aux armées, dès le début de la guerre.

Nous n'avons que très peu de renseignements sur cette malade.

A fait des projets de suicide à deux ; voulant entraîner son fils dans la mort, « parce qu'elle était trop malheureuse » : S'est imaginé que son mari divorcera à son retour du front et les abandonnera tous les deux.

Rapidement améliorée, est sortie guérie, à la fin de janvier 1916,

Un certain nombre de considérations découlent de nos observations de notre second groupe.

Chez nos 34 femmes, les troubles mentaux se sont développés peu de temps après un choc moral : mobilisation, mort ou blessure d'un proche parent, frayeur occasionnée par l'incursion des zeppelins, soucis de toute nature, en relation plus ou moins directe, avec l'état de guerre.

Nous avons relevé, chez la plupart, l'existence d'un terrain d'hyperémotivité, constitutionnelle ou acquise. La psychose s'est présentée sous une forme dépressive (26 cas sur 34).

Dans 4 cas, les accidents sont survenus brusquement, coïncidant avec le choc moral et sous une forme confusionnelle aiguë, mais, 3 sur ces 4 malades étaient des prédisposées.

Dans tous les autres cas, la dépression s'est installée progressivement : d'abord tristesse, vagues scrupules, quelques obsessions, négligence de tout soin, insomnies, sans qu'aucun de ces troubles éveilla l'attention de l'entourage, alors qu'ils se laissent cependant reconstituer, à l'anamnèse ; plus tard, une aggravation des phénomènes morbides, sous forme d'une agitation anxieuse, avec ou sans tentative de suicide, avec idées de culpabilité ou idées de persécution, selon la modalité mentale constitutionnelle de la malade. En somme, déclenchement au grand jour des défaillances mentales, en préparation sourde depuis des mois.

Devons-nous admettre que l'émotion est la cause

exclusive de ces psychoses ? Nous ne le croyons pas. Il nous apparaît, de l'aveu même de nos malades, que la tristesse, motivée au début par les préoccupations, a fini par se transformer en un véritable délire, chez des prédisposées, hyperémotives, dont l'équilibre mental était déjà très instable avant l'apparition des accidents qui ont motivé l'internement.

22 femmes sur 34 ont guéri, peu de temps après leur internement. Quelques-unes ne sont restées dans le Service que pendant quelques semaines (Obs. XLVIII, LIV, LVII, etc.). L'amélioration dans leur état commençait à se manifester, peu de jours après leur entrée. Toutes ces malades, après antisepsie intestinale, étaient mises à un régime alimentaire approprié.

OBSERVATIONS DU TROISIÈME GROUPE

OBSERVATION LXII. — Mme P... Jeanne, âgée de vingt-quatre ans, entre le 27 avril 1915.

Dépression mentale profonde. Confusion dans les idées. Hébétude. Désorientation. Mutisme par intervalles.

Fatigue physique. Amaigrissement. Facies émacié. Haleine fétide. Etat saburral des voies digestives. Tachycardie : 120.

Sécrétion lactée. *Allaitement d'un enfant âgé d'un an.*

Inquiétude au sujet de son mari mobilisé dès le début des hostilités. Nouvelle de sa mort au début de janvier 1915. Tristesse, insomnie, négligence de la nourriture.

Amélioration rapide. Sortie en liberté, le 4 août 1915.

Un oncle de la malade a eu des accidents cérébraux alcooliques.

OBSERVATION LXIII. — Mme M..., âgée de trente-cinq ans, entre à l'Asile le 10 août 1914.

Etat de dépression, avec crises d'anxiété. Lamentations, pleurs, désespoir. Agitation motrice et tendance aux impulsions.

Confusion dans les idées, incohérence des propos.

Hallucinations visuelles et auditives : tableaux cinématographiques. Visions d'espions, d'ennemis, de cadavres.

Tremblement des mains.

Le début des troubles psychiques est attribué, par la famille, à l'émotion éprouvée lors du départ de son mari aux armées. Mais nous apprenons, ce que le caractère du délire nous faisait, du reste, prévoir, Mme M... faisait des *excès de vin blanc*.

Nous ignorons ce que la malade est devenue.

OBSERVATION LXIV. — Mme P... Marie, âgée de trente-deux ans. ménagère, entre le 11 octobre 1917, à l'Admission.

Etat de dépression, avec idées délirantes de persécution. Hallucinations pénibles de l'ouïe. Visions d'enterrements et de cadavres.

La malade se déclare persécutée par des Belges qui agissent sur elle par spiritisme : elle a tenu des propos désobligeants sur leur compte, lors de la mobilisation, dit-elle, c'est pour-quoi ils se vengent.

L'accès mélancolique s'est développé progressivement, sous l'influence des émotions pénibles, nous dit-on. Mari blessé, en traitement à Nice. Un enfant de neuf ans, dont elle est sans nouvelles, est resté chez sa grand'mère dans les régions envahies.

Mais Mme F... est très nettement une débile mentale, dont les notions sont réduites, le jugement insuffisant. Elle nous avoue avoir fait des *excès de vin blanc*, depuis le départ de son mari et « parce qu'elle avait des ennuis ».

A côté des cauchemars nocturnes avec des visions macabres, on constate des signes d'intoxication alcoolique : crampes musculaires, tremblement des extrémités, pituites matinales.

Amélioration rapide. Sortie en liberté le 1^{er} mars 1915.

OBSERVATION LXV. — Mme P... Marie, âgé de trente-huit ans, entre à l'Asile le 28 juillet 1916.

Le tableau clinique est le suivant : Agitation anxieuse, parfois très violente, avec lamentations, cris, craintes de supplices : « on la tuera, on va la martyriser, elle sera brûlée. Elle le sait très bien puisqu'on le lui crie aux oreilles ». Les hallucinations de l'ouïe sont très actives : on lui dit que son mari est mort, elle entend des fusillades.

On constate un tremblement des extrémités, la peau est chaude. La malade nous avoue prendre du quinquina pour se fortifier, du vin à ses repas, mais moins d'un litre. L'agitation est surtout nocturne, les hallucinations sont pénibles, surtout la nuit. La malade est plus calme le matin.

Nous croyons que les *excès de boisson* sont probables, en dépit des aveux incomplets. Dans l'éclosion des accidents, ils ont joué un rôle.

L'entourage insiste sur les émotions pénibles subies par la malade : mort d'un frère, d'un beau-frère et d'un neveu tués à la guerre ; blessure grave de son mari.

Mme R..., transférée quelques jours après à Ville-Evrard, en est sortie très améliorée, en décembre 1916.

OBSERVATION LXVI. — Mme Magu... Berthe, âgée de vingt-six ans, entrée le 28 octobre 1914.

Dépression mélancolique avec légère confusion dans les idées. Idéation très lente. Désorientation partielle. Erreurs de dates. Croit se trouver dans une maison de santé, ne peut la nommer. Anxiété. Pantophobie. Craintes d'être noyée.

Sursauts au moindre geste des gens qui l'entourent: « Vous n'allez pas me faire du mal? Qu'allez-vous faire de moi? » Hallucinations de l'ouïe pénibles: on la menace, on l'insulte.

A passé une très mauvaise nuit dans le service. Effrayée, se levait à tout instant de son lit pour se précipiter hors du dortoir, se sauver devant ce qu'elle croyait la menacer.

Le matin, un peu plus calme, se plaint des mauvaises nuits qu'elle passe depuis quelque temps. Rêves pénibles, bruits de canonnades, visions de tableaux « comme au cinéma » ; visions d'animaux.

On constate des signes physiques d'intoxication alcoolique: tremblement des extrémités, pituites matinales, crampes musculaires.

La malade est sortie guérie au mois d'avril 1915..

Chez cette malade, l'appoint alcoolique, non douteux par le tableau clinique, est confirmé par ses propres aveux : *abus de vin blanc et de rhum*. Si, cependant, nous citons ce cas, c'est que les excès alcooliques seraient, au dire du beau-père de Mme Mag..., récents et motivés, par les émotions déprimantes.

Impressionnée d'abord par le départ de son mari aux armées, puis parce qu'il a été blessé, est prise de tristesse, de découragement et se met à boire ?

Notons, cependant, que Mme Mag... est une prédisposée, car sa grand'mère a présenté des troubles mentaux.

OBSERVATION LXVII. — Mme P..., âgée de trente ans, entre à Sainte-Anne, le 11 juin 1915.

Agitation motrice désordonnée. Anxiété violente. Appels au secours. Demi-mutisme. Désorientation partielle : orientée dans le temps, ignore où elle se trouve.

Vagues idées de persécution. Les voisins s'entendent pour lui porter préjudice dans son commerce. Hallucinations pénibles, surtout nocturnes. On lui dit « qu'on lui fera son affaire », etc...

On constate, en même temps, des signes d'intoxication alcoolique : tremblement des extrémités, peau chaude, pouls rapide.

Les parents de la malade font remonter le début des troubles mentaux au mois d'octobre 1914, date de la mort de son mari, tué à l'ennemi. Ils avouent, cependant que, depuis quelque temps, Mme P... faisait des *excès de boisson* et attribuent ces excès au chagrin et à l'isolement moral. C'est possible.

Mais, au mois de juin 1914, Mme P... a déjà présenté des troubles mentaux qui n'ont duré que huit jours, paraît-il, dont le caractère nous fait penser à une intoxication alcoolique déjà probable à cette époque.

L'évolution des accidents aurait pu être très édifiante, mais nous n'avons pu suivre la malade, transférée en province.

OBSERVATION LXVIII. — Mme Lann..., âgée de cinquante-trois ans, entre à l'Admission, le 20 août 1916.

Excitation maniaque. Désordre de tenue, des actes. Fuite des idées. Instabilité d'humeur. Alternatives d'excitation et de dépression.

Depuis un mois, tristesse, préoccupations diverses, craintes d'empoisonnement; vagues idées de persécution, agitation nocturne.

Chez cette malade, les troubles mentaux sont attribués, par la famille, aux chagrins et aux soucis : gendre tué à la guerre, sa fille et ses deux petits enfants dans la misère. C'est possible. Mais nous croyons que les *excès éthyliques*, d'ailleurs avoués, ne sont pas sans avoir joué un rôle important dans l'éclosion des accidents.

OBSERVATION LXIX. — Mme Mau..., âgée de vingt et un ans.

Est entrée à Sainte-Anne, le 12 décembre 1914. On constate un état de stupeur. Le mutisme est complet. Négativisme. Résistance à se lever de sa chaise, à marcher. Refus de nourriture. Immobilité complète; avec occlusion des yeux.

Ce tableau clinique se maintient pendant le séjour de la malade à l'Admission (dix jours environ), sans aucun changement.

Alimentation forcée à la sonde œsophagienne,

La malade est sortie guérie du service du Dr Dagonet, le 21 mai 1915.

Les troubles mentaux ont apparu, chez cette jeune femme quelques jours après un accouchement laborieux, au cours d'une *infection puerpérale*. Cependant; on a signalé, chez elle, la possibilité d'un choc moral. Le départ de son mari au

commencement d'août, l'aurait péniblement impressionnée. Le jour de son accouchement, elle aurait été vivement frappée par les fusillades dirigées contre les taubes.

Agitation dès le premier jour de l'accouchement, paraît-il. Etat confusionnel et onirique : elle voyait son mari mort ; il brûlait, elle était à la guerre. Etat général grave. Fièvre : 40 degrés. Quelques jours après curetage utérin pratiqué à Lariboisière. A l'agitation, succède un état de torpeur profonde, avec mutisme complet.

Pas d'aliénés dans la famille et c'est la première fois que Mme Mou... délire.

Le choc émotionnel, si même son rôle est à envisager dans ce cas, est venu frapper une malade dans un état de réceptivité particulière. Cette jeune femme aurait déjà présenté, dit-on, quelques troubles mentaux, avant l'accouchement, et depuis le départ de son mari. Mais il est hors de doute qu'elle a fait une infection puerpérale grave, dont le rôle, croyons-nous, a été prédominant dans l'éclosion des accidents.

* * *

Notre troisième groupe est représenté par six femmes chez lesquelles nous avons relevé des signes avérés d'alcoolisme.

Dans l'observation LXIII, il s'agit d'une femme chez laquelle une mélancolie anxieuse avec un état hallucinatoire aigu, se déclare le jour du départ de son mari aux armées. Mais, cette malade fait des excès de vin blanc. Elle le reconnaît sans difficultés.

L'alcoolisme doit-il être seul incriminé dans la détermination des accidents : L'émotion a-t-elle déclenché des troubles hallucinatoires aigus comme on en voit apparaître chez des intoxiquées éthyliques, au cours d'une pneumonie, d'une grippe ou d'un traumatisme violent ? Nous nous rallions entièrement à cette dernière opinion.

Une autre malade du même groupe, (obs. LXVII) a déjà fait, au mois de juin 1913, un accès subaigu, de courte durée, soigné chez elle, et sous l'influence unique de l'alcoolisme. Les troubles qui ont motivé son internement en 1915, sont plus graves : mélancolie anxieuse, avec idées secondaires de persécution ; signes d'intoxication subaiguë. Faut-il attribuer un rôle aux émotions pénibles éprouvées par elle (mort du mari).

Nos quatre autres alcooliques auraient commencé à boire parce qu'elles vivaient dans un isolement moral et qu'elles « s'ennuyaient ». L'une (obs. LXIV) est une débile ; une autre (obs. LXVI) est une héréditaire dégénérée.

Dans l'observation LXIX, un délire mélancolique s'installe au cours d'une infection puerpérale.

Enfin, l'observation LXII concerne une femme chez laquelle un délire mélancolique aurait éclaté à la nouvelle de la mort de son mari. Mais cette malade allaitait un enfant ; son état gastro-intestinal, à son entrée dans le service était mauvais. Ses antécédents héréditaires sont chargés.

Peut-on admettre, après lecture de nos observations, que la psychose a éclaté grâce à un processus psychique exclusif ? Nous ne pouvons le croire.

Pour nous, le drame en scène était préparé par un mauvais état physiologique antérieur ; l'émotion n'a fait que lever le rideau.

Dans la plupart des cas où le facteur psychique a joué un rôle plus ou moins éloigné, on a pu trouver, comme intermédiaire, entre l'effet et la cause, des troubles de la nutrition. Ceci n'a rien que de très naturel. Entre le fait, que l'on aurait une tendance à considérer comme une cause, et la maladie, il existe des intermédiaires que l'on passe souvent sous silence ; et cependant c'est en eux que réside le nœud pathogénique, qu'il est surtout important de connaître.

Nous reconnaissons qu'il n'est pas toujours aisé de sonder et d'approfondir suffisamment les secrets les plus intimes de l'étiologie. Les chaînons intermédiaires du lien qui unit, ce qui est considéré comme cause et ce qui est admis, comme son effet, échappent souvent au clinicien, mais ce n'est pas une raison pour se hâter de conclure et d'admettre une relation de cause à effet, entre des faits qui se suivent.

« Quand on veut quelquefois établir à tout prix un « rapport nécessaire entre un fait antérieur et le fait « suivant, dont on établit la génération en vertu de « cet axiome : *Post hoc ergo propter hoc*, dit Renaudin (1), on arrive bien souvent, à des données

1. Renaudin, *Ann. médico-psychologiques*, p. 384. Observations sur l'influence pathologique de l'insomnie.

« étiologiques acceptées sans contrôle, transformées
« bientôt en véritables axiomes pathogéniques que
« personne ne songe à contester ». L'observation
clinique ne doit pas s'arranger de cette manière de
voir.

C'est d'ailleurs commettre une faute que d'attribuer trop d'influence à un seul fait et de négliger l'analyse de l'ensemble physique et moral de l'individu. On trouvera, en effet, chaque fois, que cette recherche est pratiquée rigoureusement, que toute maladie qui paraît avoir éclaté brusquement et sans motif, a été précédée d'un long travail préparatoire.

Que les émotions produisent une perturbation dans les fonctions physiologiques importantes, telles que la circulation, la respiration, la digestion, les fonctions vaso-motrices, etc., que ces perturbations aient une répercussion fâcheuse sur le cerveau, qu'elles provoquent un état d'excitation ou de dépression allant même jusqu'à produire cet état particulier de confusion que Féré (1) a ait appelé « ivresse émotionnelle », personne ne le nie ; mais cette perte d'équilibre mental, due à l'émotion, a justement ceci de caractéristique, qu'elle n'est que passagère, éphémère et sans lendemain.

Ce ne sont que des paroxysmes survenus chez les sujets présentant une constitution émotive, telle que l'a si heureusement décrite M. E. Dupré (2).

1. Féré, *la Pathologie des émotions*.

2. Dupré, *Paris médical*.

Si, au lieu de s'évanouir rapidement, le désordre mental persiste, qu'il se complique d'autres manifestations morbides, d'un élément confusionnel et hallucinatoire, qu'il aboutisse à un état démentiel, comme certains auteurs le prétendent, les émotions seules, ne sont pas suffisantes.

Après une émotion-choc, ou bien les accidents se produisent à bref délai, ou bien un intervalle, plus ou moins long, sépare le traumatisme psychique et l'apparition des troubles mentaux.

Dans le premier cas, on assiste à l'éclosion d'une affection mentale ayant plus d'une analogie avec les délires fébriles des toxi-infections. La confusion et l'onirisme dominant le tableau; le malade se débat comme dans un cauchemar. L'agitation motrice, la fuite des idées, les propos plus ou moins compréhensibles qui laissent deviner le caractère terrifiant des hallucinations, traduisent une pantophobie et une lutte contre des dangers imaginaires.

Du côté physique, l'aspect des malades rappelle jusqu'à un certain degré, celui des malades infectieux : amaigrissement, pâleur, émaciation des traits, état saburrhal des voies digestives. On ne peut s'empêcher dans tous ces cas de penser à une cause d'ordre organique à la base de ces états.

Cette analogie des tableaux cliniques des psychoses confusionnelles avec les délires fébriles fut constatée par de nombreux auteurs.

Déjà, en 1880, notre maître, M. Briand (1), a

1. M. Briand, *Du Délire aigu*.

décrit sous le nom de délire aigu, une affection mentale, où, à côté de la confusion mentale accompagnée d'agitation suraiguë, s'imposent les symptômes d'infection profonde de l'organisme.

« L'aspect typhique des malades, les troubles physiques qu'ils présentent, leurs attitudes particulières, si difficiles à décrire, mais si frappantes pour l'observateur qui les suit, les rapprochent singulièrement d'un état septicémique ».

Les psychoses, dites émotionnelles, s'accompagnent à un degré moins accusé, du même cortège de symptômes.

L'analogie de l'état mental du sujet vivement ému et du sujet intoxiqué par l'alcool a été signalé par Séglas (1).

Hesnard (2), collaborateur du professeur Régis, qui avait pu étudier, en 1913, les psychoses consécutives à la catastrophe de l'*Iéna* et de la *Liberté*, avait trouvé, chez ses malades, de la rétention urinaire et chlorurée, sans signe de lésion rénale.

Ce fait a une très grande importance. A ces troubles urinaires constatés cliniquement sont venues s'ajouter, très probablement, les modifications hépatiques, intestinales et glandulaires. Le désordre du

1. Séglas et Barat, *l'Émotion dans les maladies* (*Journal de psychologie*, mars, avril).

2. M. Hesnard, *les Troubles nerveux et psychiques consécutifs aux catastrophes navales* (*Journal des Psychiâtres et de psychologie expérimentale*, avril 1917).

métabolisme humoral a été l'intermédiaire nécessaire entre le phénomène initial, l'émotion-choc, et les conséquences psycho-pathologiques, qui se sont traduites par des troubles cérébraux.

M. Hesnard imagine que l'émotion-choc intense, a pu, à elle seule, libérer dans certains organismes des cyto toxines, capables d'agir sur le cerveau, en déterminant un syndrome psychique, et de se localiser de façon variable, sur telle ou telle région du système nerveux, suivant les diathèses individuelles, héréditaires ou acquises.

Certains auteurs allemands et suisses se rallient volontiers à l'interprétation organique de la pathogénie des accidents.

Meyer (1) en analysant l'influence des événements sur l'éclosion des troubles mentaux dans la population civile, est frappé de la ressemblance de l'état présenté par les malades, atteints de psychoses émotionnelles, avec celui des délires au cours d'une toxoinfection.

De même, M. Joeger (2) se demande s'il n'y a pas de modifications organiques à la base des états post-émotionnels, hypothèse qui lui est suggérée par les symptômes physiques du tableau clinique.

Dans le cas où l'émotion-choc n'a pas été suivie, immédiatement, d'un désordre moral persistant, le mécanisme pathogénique est encore plus difficile à

1. Meyer, *Archiv. für Psychiatrie* 1915, p. 247.

2. M. Joeger, *Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte* 1917.

saisir. Peut-être son action se ramène-t-elle alors, à l'influence de toutes les émotions pénibles, amenant par des insomnies, par une inhibition des fonctions viscéro-humorales, par des troubles glandulaires d'ordre sympathique, une dénutrition progressive retenissant sur tout l'organisme, une auto intoxication lente n'ayant qu'une répercussion tardive sur les facultés cérébrales et se manifestant par un état d'excitabilité permanente et une réceptivité particulière.

Renon (1) dans la psycho-névrose qu'il avait décrite, sous le nom « d'angoisse de guerre » insiste sur le fait que l'affection débute par l'Insomnie, qu'elle apparaît chez les déséquilibrés de l'émotivité, et qu'elle se manifeste, à côté des signes subjectifs, par des symptômes physiques : troubles vasculaires et troubles de la réflectivité.

Notre maître, M. Briand, a maintes fois attiré notre attention sur l'état de surmenage moral et physique dans lequel se trouvent les « émotionnés » qui versent dans la confusion mentale avec ou sans délire.

Il nous a autorisé à dire que nos conclusions ne diffèrent pas de celles qu'il avait formulées dans un Rapport sur les Psychoses, dites de guerre, observées dans son service du Val-de-Grâce.

1. Renon, *l'Angoisse de guerre et son traitement* (Bulletin général de thérapeutique, mars 1919).

CONCLUSIONS

S'APPLIQUANT AUX CAS OBSERVÉS AU COURS DES ANNÉES 1914, 1915 ET 1916, DANS LA POPULATION CIVILE (FEMMES) DES ASILES DE LA SEINE.

1° L'émotion ne suffit pas, à elle seule, pour déterminer une psychose confirmée et durable.

2° Pour qu'une émotion puisse faire naître et se développer des troubles mentaux graves et persistants, deux autres facteurs sont nécessaires :

a) Un terrain caractérisé par un déséquilibre constitutionnel ou toute autre tare héréditaire, un état de réceptivité diathésique particulier, en un mot une diminution de résistance créée par la prédisposition ;

a) Une fatigue physique exagérée, des insomnies prolongées, une alimentation insuffisante ou inappropriée, une hygiène défectueuse, des troubles de la nutrition, etc, en d'autres termes, un désordre métabolique de l'organisme, développé et entretenu par une infection ou une intoxication, une défaillance physiologique accidentelle préexistante, éléments, qu'on retrouve toujours comme base étiologique des psychoses, même dites émotives.

2° Les faits observés dans la population civile féminine ne sont pas de nature à faire prévoir que les grands bouleversements sociaux aient l'influence qu'on pouvait craindre sur le nombre des psychoses persistantes.

Vu : le Président de la thèse

CHAUFFARD

Vu le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. POINCARÉ

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Allonnes (d'). — L'explication physiologique de l'émotion (Journ. de psychologie normale et pathologique, 1916).

Albuno de Catane. — Troubles neuro-psychiques consécutifs aux Blessures et Commotions de la guerre italo-turque (Rivista italiana di neuropathologie psichiatria et electroterapia, Vol. V, juin 1912).

Babinsky et Dagnan-Bouveret. — Emotion et hystérie (Journ. de Psycholog. norm. et patholog., 1912).

Belhomme. — Considérations sur l'appréciation de la folie, 1834.

— L'influence des événements sur la folie. Académie de Médecine, séance du 2 mai 1848 (Union médicale, 1848).

Benon. — Les maladies mentales nerveuses et les maladies mentales de la guerre (Revue neurol., 1916).

Bernstein. — Etudes sur les troubles mentaux observés à Moscou pendant l'hiver 1905-1906 (Sovremenniaia Psichiatria, avril 1907).

Binet. — Nature des émotions (Journ. de Psycholog., mai juin, 1911).

Bouchereau et Magnan. — Voir Magnan.

Bourdin. — De l'influence des événements politiques sur la folie, 1873.

Briand. — Les obsédés sur les champs de bataille (Société de Médecine légale. Séance du 12 avril 1915).

— Rapport sur le service d'observation et de réparti-

tion du Centre de psychoses du Camp retranché de Paris, 31 mars 1915 (Hôpital du Val-de-Grâce).

— Délire aigu.

Brière de Boismont. — Folies épidémiques (Union médicale, 13 février 1859).

Babinsky et Froment. — Hystérie, pithiatisme et troubles mentaux d'ordre réflexe, 1917.

Baillarger. — Recherches sur les maladies mentales, 1853.

Ballet — Traité de Pathologie mentale.

Ballet et Rogues de Fursac. — Les Psychoses commotionnelles (Paris médical, 1^{er} janvier 1916).

Bechtereff. — Guerre et psychoses (Psychiatrie contemporaine russe, 1907).

Broussais. — De l'irritation et de la folie, 1828.

Charrier. — Les émotions et les états organiques. Thèse de Toulouse, 29 juin 1910.

Claude. — Problèmes neurologiques (Revue neur., 1909).

Claude et M. Dide. — Psychoses hystéro-émotives de la guerre (Paris médical, 2 septembre 1916).

Collin (Ségla et). — Voir Ségla.

Cullen. — Eléments de médecine pratique.

Cygielstreich (Adam). — Les Conséquences mentales des émotions de la guerre (Annales médico-psychologiques, février-mars 1912).

Dagnan-Bouveret (Babinski). — Voir Babinski.

Davidenkoff. — Contribution à l'étude des psychoses aiguës de guerre, les psychoses hystériques (La gazette (russe) psychiâtr., n° 20, 1915).

Demole. — Guerre et aliénation mentale (Société du patronage des aliénés, Genève 1916).

Devaux et Logres. — Les anxieux.

Dide (de Toulouse). — Notes communiquées à la Société de Neurologie et Soc. de Psychiâtrie (Revue neur., 1909).

Dide (Claude). — Voir Claude.

Dumes. — Joie et tristesse.

Dumesnil. — Délire de guerre. Thèse de Paris, 1915.

Duprat. — Rôle des complexes idéo-affectifs et de l'oni-

risme dans les syndromes émotionnels (Progrès médical, 27 octobre 1917).

Dupré. — Du rôle et l'émotion dans la genèse des accidents névro-pathiques et psychiâtriques. Problèmes psychiâtriques (Revue neurolog., 1916).

— Réforme, incapacité, gratification dans les états psychopathiques de guerre (Revue neurolog., nov. décembre 1916).

— La Constitution émotive (Paris médical).

Dupré et Grimbert. — La psycho-névrose émotive. Emotivité constitutionnelle et acquise (Revue neurologique, janvier 1916).

Ellis (traduit de l'anglais par Archambault). — Traité de l'aliénation mentale.

Esquirol. — Maladies mentales.

Falret (M.). — Leçons cliniques de Médecine mentale, 1854.

Falret (J. F.). — Des maladies mentales et des Asiles d'aliénés, 1864.

Féré. — La Pathologie des émotions.

Foville. — Diction. de Médecine et de chirurgie, 1872.

Georget. — Causes de la folie.

Grasset. — Les Psychonévroses de guerre (Progrès médical, avril 1915).

Griesinger. — Traité des maladies mentales.

Grimbert et Dupré. — Voir Dupré.

Guislain. — Aliénation mentale.

— Sur les phrénopathies.

Hallion. — Du rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques (Problèmes physiolog. Soc. Neurol. et Soc. P. P. réunies, 9 déc. R. N. 1909).

Hartemberg. — L'Etat mental des sinistrés de Sicile (Presse méd., 23 janv. 1909).

Hermann. — D'un trouble psychique dépressif greffé sur les événements politiques actuels (Encéphale, 1907, t. II.)

Hesnard. — Les Troubles nerveux et psychiques consécutifs

aux catastrophes navales. (Revue de Psychiatrie et de Psychologie expérimentale, avril).

Jacoby. — Les Victimes oubliées de la guerre moderne (Archives d'anthropologie criminelle, 1904).

Janet. — Du rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques (Problèmes psychologiques (S. N. P. et S. P. P. réunies le 9 déc. 1909, R. N., 1909).

— De l'émotion (R. N., 1909).

Joly. — Klinische Mitteilungen über einige in Folge des Feldzuges von 1870-1871 entsandene Psychosen (Archive für psychiat., 1872).

Joeger. — Correspondenz Blatt für Schweizer Aertze, déc. 1914.

Kojewnikoff. — Troubles circulatoires sous l'influence des émotions psychiques (Société de Neurologie, de Psychiatrie de Moscou, 21 octobre 1898).

Krafft-Ebbing. — Psychiatrie.

Lemaître (de). — Rapport sur le service médical de l'asile public d'aliénés de Bailleul (Nord), pour l'année 1870 (Ann. médico-psych.).

Legrand de Saulles. — De l'état mental des habitants de Paris pendant les événements de 1870-1871.

Lépine. — Troubles mentaux de guerre, 1917.

Leydem. — Un cas de paralysie consécutive à une émotion brusque (Berliner Klini. Wochens., 20 février 1905).

Logre. — Voir Devaux.

Loeper et Verpy. — La Répercussion glandulaire et humorale des commotions.

Lunier. — De l'influence des grandes commotions sur l'aliénation mentale.

Magnan et Bouchereau. — Statistique des malades entrés en 1870 et 1871 au Bureau d'Admission des aliénés de la Seine (Annal. Méd. psych. 1872).

Marcé. — Traité des maladies mentales.

Marchand. — Recherches expérimentales sur les émotions (Revue de Psychiatrie, avril 1903).

- Marchand et Vaschide.* — Troubles respiratoires et rapport avec l'émotion (Revue de Médecine, sept. 1901).
- Marchand et Pitres.* — Quelques observations de syndromes commotionnels.
- Masset et Piéron.* — Montpellier méd., mars 1907.
- Maudsley.* — La Pathologie de l'esprit.
- Mauxion.* — L'Intellectualisme et la théorie physiologique des émotions (Revue philosophique, mai 1906).
- Mendel (Henri).* — Psychiâtrie et Neurolog. en campagne (Neurol. Centr. 1915).
- Meyer.* — Contrib. à l'étude de l'influence des événements de guerre sur l'éclosion des troubles mentaux dans la population civile, et sur l'infection (?) psychique (Arch. fur psychiat. 1915, p. 247).
- Moreau.* — La psychologie morbide.
- Moreau de Jônès.* — Compte rendu à l'Académie des Sciences, t. VII.
- Morel.* — Rapport médical sur l'Asile de Maréville (Annal. médico-psychol., 1850).
- Du délire émotif.
 - Maladies mentales, 1870
- Parchappe.* — Recherches statistiques sur les causes de l'aliénation. (Annales médico-psychol., 1843).
- Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Aliénation.
 - Quelques considérations générales sur la nature et l'influence des passions.
- Pavlovskaja.* — Obozrienie Psych. 1907. Plusieurs observations de maladies mentales développées sous l'influence des événements sociaux.
- Piéron.* — Revue neurolog., 1908.
- Piéron et Masset.* — Montpellier méd., 1^{er} mars 1917.
- Pinel.* — Traité d'aliénation ment., 1809.
- Pitres.* — Voir Marchand.
- Pinel.* — Pathologie cérébrale.
- Pomme.* — Traité des vapeurs dans les deux sexes.
- Raymond.* — Revue neurol. 1909.

- Régis et Hesnard.* — Le rôle pathogène des Emotions oniriques (Journal de psychologie, mai-juin 1913).
- Régis.* — Les troubles psychiques et neuro-psychiq. de guerre (Presse. méd., 27 mai 1915.)
- Précis de Psychiâtrie.
- Renon.* — L'angoisse de guerre et son traitement (Bulletin général de thérapeutique, mars 1916).
- Renaudin.* — Observations sur l'influence pathogénique de l'insomnie (Annales méd. psych. 1857).
- Etudes médico-psychologiques sur l'aliénation mentale.
- Observations sur les recherches statistiques relatives à l'aliénation mentale. (Ann. médico-psychol. ; 1856).
- Annales médico-psychol., 1876, p. 305.
- Ritti.* — Observation d'un cas de folie (manie et hallucinations ; guérison rapide. (Ann. médico-psychol. 1880).
- Rogues de Fursac et Ballet.* — Voir Ballet.
- Roubinovitch.* — Rôle des émotions dans la genèse des psychoses pendant la révolution russe de 1905-1906. (Bulletin médical, 1911).
- Rougé.* — Influence de la guerre actuelle sur l'aliénation mentale (Ann. médico-psychologiques, oct. 1916).
- Rybakoff.* — Troubles psychiques liés aux événements politiques de Russie (Rousski vratch, 1907).
- Sauer.* — Emotion, comme facteur pathogénique des accidents névropathiques (Revue neurolog., 1911).
- Schklar.* — Rousski Wratch, 1907.
- Scholomovitch.* — Maladies mentales greffées sur les événements politiques (Rousski vratch, 1907).
- Séglas et Barat.* — L'émotion dans les maladies mentales (Journal de Psychologie, mars-avril).
- Soukhanoff.* — Sur les formes dépressives du trouble mental chez les soldats russes. Rousski wratch, 1905.
- Séglas et Collin.* — Emotion choc. Psychose confusionnelle. (Pr. méd., 1^{er} janvier 1911).

Soury. — Théorie des émotions (Revue critique. Ann. médico-psychol., oct. 1897).

Stewart. — Etude sur les émotions (Revue neurol., 1906).

Toulouse et Vurpas. — Note sur les conditions et caractères de la fièvre émotive (Dictionnaire de biologie, 31 avril 1904).

Toulouse. — Causes de la folie.

Trélat. — La folie lucide.

Vachet. — Psychose de guerre. Thèse de Paris, 1915.

Wladyczko. — Troubles mentaux pendant le siège de Port-Arthur (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1907).

— La théorie physiologique des émotions chez Malbranche (Revue de psychiâtrie, janvier 1904).

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine. Paris — 3582-17
